



universidad  
de león

## TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2015/2016

# ANÁLISIS CUALITATIVO, PERCEPCIÓN DE LAS MATRONAS DE LA EVOLUCIÓN DE SU PROFESIÓN

*QUALITATIVE ANALYSIS, PERCEPTION OF  
MIDWIFES ABOUT THE EVOLUTION OF  
THEIR PROFESSION*

Realizado por: Ana María Gómez Abero  
Dirigido por: Lucía Llamazares Sánchez

En León, a 9 de septiembre de 2016

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

*“No es la fuerza, sino la perseverancia de los altos sentimientos la que hace a los  
hombres superiores.”*

**Friedrich Nietzsche** (1844-1900) *Filósofo alemán.*

### **Agradecimientos.**

A los magníficos profesores de la Universidad de León, que consiguen estar cerca a pesar de los kilómetros que nos separan el realizar un Máster a distancia.

A las matronas que realizaron las entrevistas, por su enorme disponibilidad en la realización de esta investigación sobre nuestra amada profesión.

A mi familia y amigos, por su eterno apoyo y confianza depositada en mi.

# ÍNDICE

<b>1. RESUMEN Y ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....</b>	<b>11</b>
4.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FIGURA DE LA MATRONA.....	11
4.2. EL PARTO COMO CIENCIA MÉDICA. ....	20
4.3. MUJER GESTANTE EN LA ACTUALIDAD.....	28
<b>5. METODOLOGÍA .....</b>	<b>33</b>
5.1. FICHA TÉCNICA.....	35
<b>6. RESULTADOS. ....</b>	<b>36</b>
6.1. INICIO DE SU FORMACIÓN. ....	36
6.2. COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS. ....	36
6.3. RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL. ....	37
6.4. INFORMES Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO. ....	38
6.5. GESTANTE Y SOCIEDAD ANTE LA PATERNIDAD. ....	40
6.6. CONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD DEL PERFIL Y FUNCIONES DE LA MATRONA.....	42
<b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>54</b>
9.1. GUIÓN DEL PROYECTO.....	54
9.2. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS.....	57
9.2.1. TRANSCRIPCIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA .....	57
9.2.2. TRANSCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA ENTREVISTA.....	60

# 1. RESUMEN Y ABSTRACT

## RESUMEN

La profesión de matrona, reconocida como una de las más antiguas del mundo, también es una de la que más cambios ha experimentado. Fuertemente sustentada en el empirismo, fue desafiando los límites encontrados en su desarrollo profesional, forjándose como la profesión que es hoy en día.

El objetivo de este estudio es explorar la percepción de las matronas, profesionales encargadas de procurar la más alta calidad y satisfacción de las mujeres, que de la evolución de su profesión tienen.

Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cualitativo y de corte transversal, empleando como técnicas la revisión documental y la entrevista en profundidad a dos matronas con edades comprendidas entre 56 y 60 años. Ambas con una larga experiencia profesional, tenido esto en cuenta de cara a una mayor fuente de información primaria.

A la vista de los resultados obtenidos, se aprecian en general unas posturas bastante comunes en lo que a reconocimiento y desarrollo de la profesión respecta. No obstante, hay temas de considerada importancia en los cuales difieren como son la acogida de los Informes y Estrategias de atención al parto o la posición de la gestante y la sociedad en general que toman con respecto a su maternidad.

Hay mucho trabajo en cuanto unificación de criterios en los profesionales, sin embargo, la aplicación de las técnicas desarrolladas en este estudio permite acercarse a los profesionales para conocer sus sentimientos, emociones y necesidades, sugiriendo nuevas formas de actuación. Por lo que se recomienda seguir esta línea de investigación, aplicando esta técnica a una muestra más amplia.

## ABSTRACT

The profession of midwifery, acknowledged as one of the oldest in the world, is as well one of the occupations that have faced more changes. Strongly based on empiricism, it has defied the barriers encountered regarding its professional development, till turning out to be the profession that it is nowadays.

The objective of this paper is to explore the perception that midwives, professionals in charge of granting the highest of qualities and satisfaction to women, have about the evolution of their job.

It is a descriptive and transversal study, which applies technics such as documentary research and in-depth interview to two midwives between 56 and 60 years old. Both of them have a large career, bearing this in mind in order to have a solid primary source of information.

Regarding the results obtained, pretty similar positions in terms of acknowledgement and development of midwifery can be appreciated. However, there are issues with considered importance in which the opinions are not so close, such as the feeling about the Reports and Strategies of birth attention or the position of the pregnant women and society in terms of their maternity.

There is still a lot of work to do with the unification of professional criteria. Nevertheless, the application of the technics developed in this paper allows to get closer to these professionals, in order to know their feelings, emotions and needs, suggesting new ways of working. Thus, it is strongly recommended to go on with this approach, applying this technique to a larger sample.

## 2. INTRODUCCIÓN

Matrona, Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica, Comadrona, Comare, Llevadora, Partera o Matrón, término recientemente reconocido por el diccionario de la lengua española como: *“Persona especialmente autorizada para asistir a las parturientas”* (RAE, 2014). Son algunas de las distintas formas con las que se denomina una de las profesiones más antiguas del mundo.

El reconocimiento académico actual de la matrona es el resultado de muchos siglos de evolución de la profesión, que existe como oficio desde tiempos inmemorables.

A pesar de las dificultades por las que ha pasado nuestra profesión en muchos momentos, representada principalmente por la figura femenina, su docencia ahora es impartida principalmente por matronas. Durante siglos, la falta de acceso a las universidades, a la lectura y a la escritura de la mujer, hizo que durante mucho tiempo los libros que hacían referencia al trabajo de la matrona en el periodo antiguo y medieval fueran escritos principalmente por médicos y cirujanos.

Actualmente, es una titulación universitaria y el medio de acceso a la misma en nuestro país es posible tras la realización de la Diplomatura de Enfermería y posteriormente presentándose al examen EIR (Enfermero Interno Residente) del Ministerio de Sanidad, obteniendo la titulación tras dos años de formación y el cumplimiento de los objetivos.

La Confederación Internacional de Matronas, en la Reunión del Consejo de 19 de Julio de 2005 en Australia, la define como:

*“Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería.*

*La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y*

*proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.*

*La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.” (ICM, 2005)*

Posteriormente, ésta ha sido aceptada por la Asociación Europea de Matronas (EMA) y también por la Federación de Matronas de España (FAME).

Esta definición pone de manifiesto aspectos relevantes de las matronas que serían interesantes comentar detenidamente. En primer lugar hace referencia a los estudios requeridos para conseguir la titulación. Como hemos hecho referencia anteriormente, en nuestro país la formación pasa por la obtención de una plaza ofrecida por el Ministerio de Sanidad tras un examen anual, a diferencia del proceso que siguen otros países. Para posteriormente someterse a un período de residencia, el cual ha sido implantado desde 1992, durante el que se cumple un programa formativo aprobado en 2009 (Orden SAS/1349/2009).

La definición remarca, por otro lado, las competencias de la matrona, motivo actual de lucha de la profesión por recuperarlas. Y es que muchas de ellas fueron abandonadas por la escasez temporal de personal que hubo como consecuencia del parón en la formación de las mismas desde el año 1987, en el que las escuelas de matronas se cerraron durante décadas. No sería hasta 1996, cuando nuevamente salieron al mundo laboral una nueva promoción con un nuevo planteamiento de formación (BOE-A-1992-12549).

Todo esto propició que su presencia se limitara muchas veces a la hospitalaria, olvidando la atención primaria de la mujer. Pues bien, el trabajo de la matrona no se enmarca tan solo en la atención a la mujer en el momento del parto, si no que se extiende al periodo del embarazo, puerperio y a los cuidados dirigidos al recién nacido. Sin olvidar la salud sexual y reproductiva.



Y así lo recoge la legislación:

*“La matrona es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida”* (BOE-A-2009-8881, pag 44669).

*“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica”* (Ley 44/2003). Señala a la matrona como consejera en salud y educación no solo de la mujer sino también de la familia y la comunidad, y esto lo realiza mediante programas como los cursos de preparación al parto, a ser padres y a la atención infantil, haciendo extensivo a la salud de la mujer, sexual y reproductiva. Ya sea en el hogar, la comunidad, hospitales o centros de salud.

Por otro lado, al igual que en otras muchas profesiones, la de matrona sufre un intrusismo de la mano de algunas figuras como las denominadas Doulas, de cuya proliferación el Consejo General de Enfermería ha alertado y presentado un informe que denuncia las consecuencias derivadas de la asistencia a gestantes y recién nacidos por personas sin ninguna cualificación y formación sanitaria cuyas recomendaciones e intervención son un *“atentado contra la salud pública y el sentido común”* (Informe Consejo General de Enfermería, 2015).

Desde sus inicios, la profesión ha experimentado profundos cambios tanto científicos como profesionales. Diferentes aspectos de la profesión han ido adaptándose a las características propias de cada época, observándose un crecimiento resplandeciente de la profesión. El ámbito legal reconoce el nivel competencial de las matronas como profesionales con un perfil polivalente accesible tanto a la atención primaria como a la especializada, y no solo su función asistencial si no también docente.

### 3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

La mejora en la salubridad y condiciones de vida de la actualidad, vienen de la mano un cambio en nuestro sistema sanitario, donde la asistencia ofrece una sensación de seguridad en todas sus prácticas clínicas, basadas en la evidencia científica.

La figura de la matrona, reconocida como una de las profesiones más antiguas del mundo, es también una de las que más cambios ha experimentado, como se ha expuesto anteriormente. Pues bien, la justificación de la realización de este trabajo de investigación no es otra que la necesidad de conocer la realidad que las matronas, profesionales encargadas de procurar la más alta calidad y satisfacción de las mujeres, tienen de su propia profesión. Características todas ellas trascendentes en el desarrollo profesional.

La realización de un estudio cualitativo podría ayudar a dar una visión de su situación profesional y emocional, facilitando la comunicación por parte de las instituciones y de los profesionales de las mismas, a cargo de los cuidados de la población.

Por tanto, el objetivo principal es: explorar a través de un análisis cualitativo, la percepción de las Matronas que de la evolución de su profesión tienen, por medio de la realización de una entrevista abierta.

Para alcanzar este objetivo prioritario se intentarán conseguir los siguientes objetivos específicos:

- Conocer su desarrollo profesional y los cambios con respecto al mismo que tienen lugar en la actualidad.
- Analizar la percepción del reconocimiento social que la población ejerce hacia la matrona.
- Establecer la influencia de las Declaraciones y Estrategias, en desarrollo del Parto Normal, que han supuesto en su labor profesional.
- Describir la evolución de los cambios que las matronas perciben en la sociedad actual en comparación con la sociedad que se encontraba al inicio de su vida laboral.

## 4. REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DEL TEMA

### 4.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FIGURA DE LA MATRONA.

Para realizar una contextualización adecuada sobre el tema se ha considerado que lo más conveniente es comenzar por un breve repaso por la Historia de esta profesión.

Remontándonos a los tiempos de la **Antigua Roma**, a pesar de que la posición social de la mujer había mejorado con respecto a la de Atenas del periodo clásico, y siguió haciéndolo durante los 5 siglos de imperio, no dejaba de ser comparable a la de una esclava. Según las investigaciones históricas de Alic (2005) las mujeres aprendían a leer y escribir y las Matronas de las clases altas eran educadas por preceptores. La historia revela, que tras la conquista de Grecia en el Siglo II A.C se llevaron a Roma varias médicas como esclavas y estos empezaron a compilar los conocimientos de los médicos griegos

Más adelante, durante la formación de los Hospitales, las mujeres nobles formaron parte del personal.

Sorano de Éfeso (98-138 d.C) escribió en griego un trato de obstetricia y ginecología para sus estudiantes mujeres, afirmando que las mujeres sólo debían ser atendidas por otras mujeres: *“Además de encargarse de casos está bien versada en la teoría. Y, si está preparada en todas las ramas de la terapia (pues algunos casos se deben tratar con dietas, otros con cirugía, otros más deben ser curados con medicamentos)”*.

El embarazo y el parto han sido hechos significativos para las mujeres y un proceso que tenía lugar sólo entre ellas. Ya desde el neolítico las mujeres se especializaban en todo aquello que tenía que ver con el ámbito doméstico y esto continúa durante el desarrollo de las primeras sociedades mediterráneas donde se justificaba con el argumento de una supuesta naturaleza diferente, para seguir ocurriendo durante muchas más décadas posteriores (Gallego-Camín, 2005).

El aprendizaje de las primeras parteras empíricas, se basaba en la tradición transmitida oralmente y en la reelaboración empírica y teórica que les permitía su propia práctica asistencial.

Siguiendo con las investigaciones relatadas en el libro de Alic (2005), entre las mujeres que escribieron sobre ginecología y obstetricia, las más importantes son Cleopatra y Aspasia, ambas del siglo II. Narra la historia sobre Cleopatra, que ordenó la disección de esclavas en diferentes momentos después de la concepción para el estudio del mismo.

Ya en el **siglo XIII**, destacamos dos acontecimientos relevantes en la historia de la matrona:

- En el 1258, las Cortes de Valladolid dictan ordenanzas para la prevención de las mezclas de razas y prohibían a judías y moras atender los partos de madres o hijos cristianos y a éstas criar niños de padres israelitas o sarracenos (García, 2005).

- En este mismo siglo, Alfonso X “El Sabio” señala en las *Siete Partidas*, concretamente en la II Partida, Ley III, las cualidades que deben adornar a las comadronas, así como que estas debían de ocuparse de la atención a la gestante y al niño recién nacido. En la VI Partida alude a las “mujeres sabidoras”, encargadas de la asistencia al parto y tratamiento de enfermedades propias de la mujer así como de padecimientos infantiles. Ofrece a las parteras una función jurídico-legal, capaces de resolver pleitos en los que estaban en juego herencias o derechos de primogenitura (De la Rosa, 2014).

A inicios del **siglo XV**, San Vicente Ferrer, predicador dominico recuerda a las parteras la importancia de administrar el Bautismo correctamente: *“Cuando alguna malvada partera o sacerdote, no bautizan a la criatura como deben... y así no reciben el bautismo y van al infierno, la criatura y los ministros”*. Es recogida en diversos textos la función religiosa de bautizar a los recién nacidos en peligro de muerte (García, 1999).

Referencias literarias de estos años permiten identificar a la partera, como en el caso del Monarca Alfonso V, “ El Magnánimo”, que pide a al a Corte de Castilla la atención de la matrona María Oto con motivo del parto de su esposa. O del alumbramiento en 1452 del Rey Fernando II de Aragón, el Rey Católico, atendido por la partera “La Herradera”.

Todo esto nos permite afirmar que las matronas fueron visibles y reconocidas socialmente (García, 1999).

Además en este mismo siglo, existen en España referencias sobre la formación y práctica del oficio de matrona o partera. En el 1434 las Cortes de Zamora y en el 1448 las Ordenanzas de Madrigal, dan Cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente el oficio, demostrando tener los conocimientos y la experiencia probada (Gallego, 2005).

En el 1477 se crea el Real Tribunal del Protomedicato, encargado de vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias, así como de ejercer una función docente a estos profesionales (médicos, cirujanos y farmacéuticos). Existen controversias entre las diferentes referencias bibliográficas encontradas al respecto, un estudio dedicado únicamente a este asunto (Ortiz, 1995), pone de manifiesto la escasez de fuentes de la época que establezcan lo ocurrido, pero que en cualquier caso: *“El Protomedicato y las matronas tuvieron una relación corta y, a todas luces mal avenida”*.

Entre 1477 y 1523 estuvo vigente una disposición según la cual los “Protomédicos y Alcaldes Examinadores mayores” podían examinar a:

*“ Los Físicos y Cirujanos, y ensalmadores y Boticarios, y especieros y herbolarios y otras personas que en todo o en parte usaren de estos oficios, y en oficios a ellos y a cada uno de ellos anexo y conexo, ansi hombres como mujeres, de cualquier ley, estado preeminencia y dignidad que sean”,* (Muñoz, 1992, p. 107).

Ortiz (1996). entiende que la partería fuera reflejada en el término *“oficio anexo y conexo”*.

En cualquier caso, en lo que todas las referencias coinciden es en que fue en este momento cuando el intento de subordinación por parte de médicos y cirujanos fue creciendo con el objetivo de ascender profesionalmente. Eran los médicos quienes se encargaban de autorizar el ejercicio de aquellas mujeres que quisieran establecerse en determinadas localidades, realizaban un examen y acreditaban experiencia previa, obteniendo la denominada Carta de Examen.

Existen referencias, apuntadas por Ortiz, en las que se comprueba como en los exámenes de Sevilla el tribunal estaba formado por un médico y una matrona examinadora, que más adelante dejó de existir para formar el tribunal únicamente un médico y un cirujano (Ortiz, 1996).

En el 1750, el presidente del Protomedicato elevó un memorial al Rey Fernando VI, exponiendo la gravedad de los problemas de salud pública que ocasionaban los partos y que eran achacados a *“ la impericia y mala conciencia de las*

*mujeres llamadas parteras y de algunos hombres, que para ganar su vida habían tomado por oficio el partear” (Valle et al, 1994).*

En conclusión, el control del Protomedicato en cuanto a la mejora profesional de la asistencia a los partos por parte de las matronas fue poco riguroso y tuvo una mayor trascendencia en lo que en cuanto a ejercicio de control y poder de estas profesionales tiene que ver.

A mediados del **Siglo XVI** se extiende por Europa una corriente que pretende divulgar los conocimientos obstétricos y ginecológicos en forma de tratados, los cuales tuvieron un gran éxito y divulgación al estar escritos en su mayoría en lengua vulgar o romance, y no en latín, considerada la lengua de eruditos (De la Rosa, 2014).

Los médicos varones fueron quienes se encargaron de la redacción de estas obras, con el objetivo de enseñar a las mujeres encargadas de la atención de los partos los aspectos más importantes de su profesión, sin ser esta enseñanza regulada u oficial. Después de que en 1576, Felipe II aboliera la legislación que hacía referencia a la obligatoriedad por parte de la matrona de ser examinada por el Real Tribuna del Protomedicato.

Referencias bibliográficas, afirman que en esa época estaba vetada la asistencia a los partos por parte de los hombres. El caso del Doctor Wert, quemado vivo en el 1522 por su asistencia a un alumbramiento por curiosidad científica (Bover, 1991).

El tratado de Carbó es considerado el más antiguo manual pensado para matronas conocido en España, escrito en lengua castellana e impreso en el año 1541: *“Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”*. Se compone de una primera parte desarrollada en 56 capítulos que trata de los cuidados que las matronas deberían prestar a la madre y al niño durante todo el proceso del embarazo, parto y crianza. Una segunda parte, compuesta por 14 capítulos, trata sobre esterilidad. Esta obra, considerada por algunos autores como literatura científica vulgarizada, permite transmitir la mentalidad de la época y la cultura popular sobre este tema (Gallego-Caminero, 2005).

Las expectativas, que de la matrona se describen en él, son: *“Experta en su arte...Que con buen ingenio y discreción sepa encaminar los partos dificultosos y malos, y prever las cosas que pueden traer daños para ellos”* (Carbó, 1541).

En definitiva, Carbó, concibe a las matronas como expertas en su arte, con buena disposición física, ingeniosas, discretas, honradas y buenas cristianas, por lo

que esta obra, más que ser una orientación fue un reflejo de la práctica habitual de estas mujeres.

Otras publicaciones destacan en este siglo, como son:

- “ *El libro del regimiento de la salud y de la esterilidad de los hombres y mujeres*” del doctor Luis de Lobera, médico del emperador Carlos I.
- “ *Libro del Parto Humano, en el cual se contienen remedios muy útiles y usuales para el parto dificultoso de las mujeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes, y a las enfermedades de los niños*” escrito por Francisco Núñez.
- “ *La Commare o raccogliatrice*” de Scipion Mercurio.

No fue hasta 1609, cuando la matrona francesa Louise Bourgeois publicara el primer tratado sobre embarazo y parto escrito por una mujer en lengua vulgar.

La matrona fue una figura clave en la sociedad del **Siglo XVII** en toda Europa, reconocidas como mujeres expertas en partos y en la salud tanto de las mujeres como de los niños.

Las matronas jugaban un papel clave en la actividad religiosa y legal, lo cual las convertía en figuras centrales de la vida comunitaria y sujetos con un considerable poder social (Marland, 1993).

Rodrigo de Castro, arzobispo de Sevilla, publicó un texto en el que hacía un queja por el abandono de la obstetricia y la ausencia de tratados para la formación de matronas, apuntando de manera expresa que el parto normal debería ser asistido por comadronas por su mayor experiencia (De La Rosa, 2015).

Las matronas inician un proceso de transmisión de su saber y experiencia por medio de la literatura: novela, teatro, poesía, ciencia o filosofía, como un medio de defensa ante la amenazante usurpación y la culpabilidad de la mortalidad neonatal (Dulong, 1992). De esta manera, encontramos nombres de mujeres reconocidas como Trótula o Louise Bourgeois.

Se trataba de una escritura técnica con el objetivo de instruir a otras matronas y el de demostrar su dominio del oficio, las portadas contaban con sus méritos, detalles de su formación y dedicatorias a personas nobilísimas o terceros que las acreditan. Este estilo será seguido por numerosos cirujanos de su época y que alcanza una gran difusión en el siglo posterior. Esta autora, concluye que a pesar de la extraordinaria difusión, no fue suficiente para luchar contra la amenaza que deseaba recluirlas en la domesticidad. Para muchas de ellas, el “arte de partear” era su modo de vida, sin

embargo no consiguieron formar un grupo organizado con identidad colectiva (Ortiz, 1995).

Ya en el **Siglo XVIII**, concretamente en 1713, el cirujano francés Clement asiste en España el parto de la Reina Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felipe V.

Se dejó atrás pues, la exclusividad de la partera en la atención a los partos normales, con la autorización a los cirujanos del Hotel Dieu de París a asistir los partos normales. Esto provocaría el inicio de una dura lucha entre las matronas que tradicionalmente venían asistiendo los partos y los cirujanos-comadrones (García, 1999).

En cuanto a la formación de las matronas, de nuevo en este siglo destacan algunas fechas importantes:

- 1750, Fernando VII promulga una Ley (Real Cédula de 21 de Julio de 1750), en la que de nuevo, se obliga a la matrona a pasar un examen para poder ejercer. Para la admisión al mismo tenían que presentar documentación sobre limpieza de sangre, haber practicado al menos dos años y ser de buena vida y costumbres (Linares, 2009).

- En el mismo año, se publica por encargo del Tribunal del Protomedicato, la *“Cartilla Nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente son llamadas Comadres, en el oficio de Partear”* por Antonio Medina, médico de la familia real y examinador del Tribuna. El objeto de esta será servir como libro de texto para examinar al as parteras (Valle, 1994).

- 1787, Las Ordenanzas del Real Colegio de San Carlos de Madrid, reglamentan los estudios de matrona, recibiendo la aprobación del Real Tribunal del Protomedicato por Real Orden de 13 de Julio de 1794. Entre otros requisitos, la matrona debe e saber administrar correctamente el bautismo de urgencia (Iboleón, 2008).

En relación a esto, en 1756 ya se publicó un manual de partos en castellano en el que se incluyen las instrucciones para que las matronas o cirujano que atendiera el alumbramiento administrara el bautismo al recién nacido en peligro de muerte, desempeñando de esta manera una función religiosa. Este fue escrito por Babil de Gárate y Casabona, titulado *“Nuevo y*



*natural modo de auxiliar a las mujeres en los lances de los partos sin operación de manos ni instrumentos”.*

Más adelante, en el **Siglo XIX**, el 6 de mayo de 1804, el Rey Carlos IV, aprueba una Real Cédula sobre el reglamento encargado de regular la situación académico-legal de todo lo relativo al régimen de la Cirugía y sus ramas, ente ellas la de parteras. Esta Real Cédula anula al Protomedicato como examinador.

Existen dos vías para poder acceder a la titulación en el caso de partera: por un lado, seguir los estudios oficiales, con dos años de duración, o por otro lado pasar un examen de reválida ante un tribunal, esta última sería ofertada a aquéllas mujeres con una larga trayectoria en el oficio que no poseían aún el título.

Por otra parte menciona la obligación de avisar en las complicaciones o partos difíciles a los cirujanos (Ortiz, 1999).

En el caso del Protomedicato de Navarra, se han encontrado referencias de la Real Orden de 25 de Octubre de 1845 por la que se convalidan todos los títulos de matrona expedidos por el Protomedicato de Navarra antes de 1844 (Serrano, 2002).

No es, hasta 1857, mediante la Ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre, propuesta por el ministro Claudio Moyano, en la que se define a la partera como “ *la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud de título*”. Determina esta el reglamento y condiciones de obtención del título. Los estudios se imparten en las facultades de Medicina, existentes únicamente en algunas ciudades como el caso de Madrid, Barcelona, Salamanca y Valladolid entre otras.

Otras fechas a destacar son:

- Real Orden de 21 de Noviembre de 1861, por la que se aprueba el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Impartidas en las Casas de Matronas o en los Hospitales con sala de partos.

- El Decreto de Ruiz Zorrilla de 21 de Octubre de 1868 de libertad de enseñanza que reconocía el derecho a abrir centros docentes, permitiendo de esta forma a las matronas ser docentes de una enseñanza reconocida, hasta la abolición de esta ley en 1876.

- Real Decreto de 16 de Noviembre, donde se aprobó el Reglamento para la carrera de Matronas y Practicantes. Desparecen las cláusulas de edad, estado civil y educación elemental (Subirón, 2012).

Durante los **Siglos XX y XXI**, se recogen los siguientes sucesos.

En el 1904, mediante el Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública para la Carrera de Matronas, se produce una unificación de los estudios de matrona. De esta forma, los dos cursos que se establecía para los estudios podían ser realizados tanto en centros oficiales como en no oficiales (Subirón, 2014).

La primera escuela de matronas fundada en España es la Casa de Salud de Santa Cristina, de Madrid, que aprobó su Reglamento en el 1916 y fue fundada en el 1924. Por Decreto, el 23 de Octubre de 1931 esta Escuela, se adscribe a la Facultad de Medicina de Madrid como Escuela Especial de Matronas (García, 1999).

En el 1930, se hace obligatoria la colegiación de las matronas. Y desde este año, en los sucesivos, hay diversas modificaciones en cuanto a la titulación requerida para el acceso a los estudios de matrona, hasta que en 1934 determinan por Orden de 13 de Diciembre de este mismo año que, los alumnos que quieran cursar matrona deben haber pasado tres años de bachiller, más reválida para su comienzo.

El Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953 (BOE-A-1953-16590) por el que se unifican los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas en un proyecto único: Ayudante Técnico sanitario (ATS). Estableciendo así, la posibilidad de especializarse a estos nuevos profesionales.

En 1957, el Real Decreto por el que se crea la Especialidad de Asistencia Obstétrica-Matrona para los ATS. Los requisitos eran ser ATS femenino y tener menos de 45 años. Los estudios tenían una duración de un año, del cual ocho meses eran estudios teórico-práctico y lo restante únicamente prácticas (Manrique, 2014).

En el 1977, por Real Decreto (BOE-A-1977-6061), se integran los estudios de ATS en las universidades, creándose las Escuelas Universitarias de Enfermería. De esta manera desaparece el título de ATS, regresando de nuevo al origen, enfermería.

En este mismo año, destaca como algo relevante para la especialidad de matrona el Congreso Nacional de Matronas, donde se acuerda fundar la Asociación Española de Matronas, agrupando de esta manera a las matronas del país y que editará una revista de carácter cuatrimestral titulada: "*Matronas hoy*" (García, 1999).

Finalmente, en el 1980, por el Real Decreto de este mismo año (BOE-A-1980-1660), se suprime la limitación por razón de sexo a los estudios de Matrona, por lo que el ATS y Diplomado en Enfermería masculino pudo optar por primera vez a cursar los estudios de matrona.

La incorporación de España, a la Comunidad Económica Europea (CEE) en el 1986, implica el compromiso de adecuar el currículum de formación de las matronas según las Directrices de la CE. Estableciendo así, una definición común del ámbito de actuación de Matronas, las actividades mínimas para las que están facultadas y los requisitos mínimos para la formación de las mismas, así como dos modalidades de formación para los Estados miembros: una específica de matrona de al menos 3 años con acceso directo o una formación tras los estudios de Diplomado de 3600 horas a tiempo completo (De La Rosa, 2015).

Fecha de trascendencia para las matronas es el año 1987, cuando tras la creación de las Especialidades de Diplomado en Enfermería ajustadas a las exigencias de las directrices de la CEE, por Real Decreto, queda posteriormente derogado el anterior plan y cesa la formación de matronas en España.

El 11 de Octubre de 1989, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presenta un recurso contra el Reino de España, formulado por la Comisión de las Comunidades Europeas, por no haber adoptado en los plazos establecidos las disposiciones necesarias para ajustarse a las Directrices relativas al acceso a las actividades de Matrona y al ejercicio de estas.

La implantación en el ordenamiento jurídico de lo establecido en las Directrices del Consejo de las Comunidades Europeas se realizó mediante promulgación del Real Decreto de 28 de Junio de 1991 (BOE-A-1991-16714).

Es en 1992, cuando se aprueba el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Este programa estará vigente hasta 2009.

La duración de este programa formativo queda fijada en dos años a tiempo completo, con un total de 3.534 horas. El sistema seguido para el acceso es la realización de un examen a nivel estatal, denominado E.I.R (Enfermero Interno Residente). El órgano acreditado para la impartición docente de este programa de formación que con permite la obtención del título de especialista es la Unidad Docente de Matrona (De La Rosa, 2015; Iboleón, 2009).

No es hasta 1994, cuando con la Orden de 22 de Octubre de 1993 (BOE-A-1993-22599), se inicia la formación de la primera promoción de Especialistas Obstétrico-Ginecológicos.

Hasta que finalizara esta primera promoción con el sistema de residencia en 1996, se había desencadenado una escasez de profesionales provocado por el cese de la formación de los mismos, que supuso una restricción de la presencia de matronas en los puestos destinados para su labor. Como consecuencia de esta situación, muchos de estos puestos fueron ocupados por enfermeras, reduciéndose así la posibilidad de acceder a estos puestos, que históricamente y por capacitación profesional son debidos a esta profesional (Poco, 2014).

La creación de títulos de Grado y Posgrado tienen lugar en el año 2005, por Real decreto se produce la entrada de España en el Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia de 19 de junio de 1999). Se reconoce también este año, la cualificación profesional, donde se expone la facultad de ejercer la profesión en un Estado miembro que no sea aquel en el que se haya adquirido el título profesional (De La Rosa, 2014).

El programa formativo actual de la Especialidad de Matrona, fue aprobado y publicado en 2009, en el desaparece el sistema de Unidades Docentes.

## **4.2. EL PARTO COMO CIENCIA MÉDICA.**

El proceso evolutivo de la humanidad y la ciencia buscan la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Esto implicó, que a comienzos del siglo XIX y XX el parto comenzara a tener lugar en los Hospitales, aumentando así su institucionalización y medicalización.

Los servicios sanitarios fueron adquiriendo cada vez medios más sofisticados, lo cual permitía una atención de más alto nivel en los casos de riesgo o complicaciones que pudieran tener lugar durante el nacimiento.

La aportación que la tecnología hace a las mejoras en los resultados es innegable, sin embargo, la atención al parto normal se ha visto afectada por esta medicalización de lo que en el fondo es un proceso fisiológico (OMS, 1996).

En el año 1985, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una Conferencia en Fortaleza con más de 50 participantes entre los que se encontraban obstetras, comadronas, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres.

Reconocieron que:

*“ Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de presar una atención perinatal adecuada...El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los embarazos de bajo riesgo, pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado”* (OMS, 1985, p1).

En la Declaración de Fortaleza (1985) , se establecieron una serie de recomendaciones generales sobre el uso de tecnología en los partos y unas específicas que se plasman a continuación:

- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.
- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia. La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de

esterilización tubárica.

➤ No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

➤ Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la

➤ No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

➤ No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

➤ Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

➤ La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.

➤ Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

➤ No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

Cuatro años después, en la Declaración Conjunta de la OMS-UNICEF (1989) para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, se recomienda una serie de atenciones respecto al momento del parto e inmediatamente después.

Posteriormente, la OMS en 1996, elaboró una Guía Práctica sobre los cuidados en el Parto Normal.

La OMS quiso en esta Guía hacer hincapié en la existente tentación de

tratar los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son complicados como sino. Es por ello que declara:

*“La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante todo el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado”* (OMS, 1996, p.6).

Define además el Parto Normal como:

*“Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”* (OMS, 1996, p.10).

Y deduce que la Matrona: *“Es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones”* (OMS, 1996).

Tras el análisis de la evidencia científica, clasificó sus recomendaciones acerca de la Atención al Parto Normal en cuatro categorías:

- ✓ Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- ✓ Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran ser eliminadas.
- ✓ Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema.
- ✓ Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

Por su importancia y mayor nivel de evidencia científica, recopilaremos estas prácticas a continuación:

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y a su familia.
2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en el

primer contacto con la persona que va a asistir el parto.

3. Seguimiento del bienestar físico y emocional durante el parto, y el postparto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
6. Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el parto y en el manejo de la placenta.
15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto.
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto (partograma OMS).
18. Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto.
19. Esterilidad al cortar el cordón.
20. Prevención de hipotermia en el recién nacido.
  - a. Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto.
  - b. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

En la lucha por la mejora de esta situación, en el año 2000 se celebró en Fortaleza (Brasil) la Conferencia internacional sobre la humanización del parto. Por medio del concepto de Humanización, como eje central, tiene como objetivo el desarrollo de las sociedades sustentables del siglo XXI. Insta a todos los gobiernos y a los organismos integrantes de las Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y no gubernamentales a dar inicio y participación pro-activamente en la promoción de la humanización.

De manera unánime, en el taller se destacó la importancia de comprometerse, organizarse y actuar a favor de servicios maternos que denoten sensibilidad a las



necesidades físicas, mentales, espirituales, culturales y sociales de las madres y sus familias.

1. Promover la valorización de la intuición y sabiduría de la mujer para ejecutar de forma óptima las labores de la maternidad desde una perspectiva fisiológica, integral y humanizada.
2. Propiciar el intercambio entre países de estrategias comunitarias que conduzcan al cambio social, basadas en los requerimientos de las madres y la evidencia científica.
3. Fomentar acciones que promuevan la integración de los criterios para la salud y los cuidados maternos establecidos por la Organización Mundial de la Salud en las políticas de gobierno
4. Fortalecer los gremios de las parteras dentro de su contexto social y político en consideración de sus necesidades particulares y las investigaciones concretas.
5. Establecer la revisión de prácticas de todo profesional o servidor relacionado a los cuidados maternos y promover la enseñanza de destrezas necesarias, estudiadas y recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para trabajar a favor de mantener el equilibrio de la salud.
6. Promover la unión entre los diversos profesionales y servidores de la salud para beneficio de las madres y sus familias.

En el 2001, la OMS desarrolló un Taller de Cuidados perinatales, en el que se proponen 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus Estados Miembros.

Estos principios fueron:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de
3. Tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.

4. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
5. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
6. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad y científicos sociales.
7. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
8. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
9. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
10. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
11. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Aseguran por tanto, la protección, la promoción y el soporte necesarios para lograr un cuidado perinatal efectivo (Chalmers, 2001).

Como respuesta a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas, manifestadas en los últimos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha correspondido liderando el proceso participativo con todas las personas y colectivos implicados, necesario para lograr la elaboración y consenso de la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud” (2007).

Su aprobación por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se produce en Octubre de 2007.

Tal y como se declara en el Prólogo de la misma, sus contenidos son el fruto de la revisión de la evidencia científica, de la investigación existente, del análisis de las experiencias innovadoras identificadas, de modelos de buena práctica, y se han construido con el trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Nos encontramos ahora en el reto del logro de la más alta calidad de los servicios, orientando siempre la práctica clínica basada en la evidencia científica y al mismo tiempo centrándonos en el modelo de la atención en la persona usuaria, como base del desarrollo de las nuevas estrategias y garantía de los mejores servicios. Es así como se contempla en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2009).

El objetivo por tanto de la estrategia, es de alguna manera, asegurar una atención sanitaria de excelencia que pase por la individualización del paciente: personalizada y centrada en las necesidades particulares de las personas. Reconoce la necesidad de centrar los esfuerzos en apoyar a los profesionales responsables de proporcionar esa atención, en todo aquello que contribuya a conseguir ese objetivo. Esto pasaría por la actualización continua de conocimientos y el desarrollo de habilidades y actitudes orientadas a la satisfacción de las necesidades y las experiencias de una población cada vez más conocedora y exigente.

Para la consecución de este desafío, el Sistema Nacional de Salud mediante el Observatorio de Salud de la Mujer, han venido trabajando en los dos últimos años con asociaciones de mujeres y sociedad profesionales y con las administraciones sanitarias autónomas vinculadas a la atención sanitaria al proceso del embarazo, parto y puerperio en diferentes foros y encuentros.

El Observatorio de Salud de la Mujer realiza una revisión de la literatura científica revelando algunas actualizaciones desde prácticas actuales hacia otras más basadas en el conocimiento. Principalmente en lo que se refiere como apuntaba antes la OMS a la eliminación de algunas prácticas innecesarias y la incorporación de nuevas alternativas a las ya existentes.

Los estudios y análisis realizados revelan que así como los indicadores de seguridad de la atención sanitaria a las mujeres son buenos en comparación con los de otros países, los aspectos relacionados con la calidad y la calidez en la atención tienen un gran margen de mejora.

La Agencia de Calidad promueve la elaboración, difusión y utilización de las GPC (*Guías de Práctica Clínica*) consciente de que facilitan a diario la toma de decisiones clínicas y que son una herramienta para mejorar los resultados en salud a la vez que vela para que las GPC elaboradas en España sean de calidad (Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal, 2010).

En relación a estas últimas, en el año 2003, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) creó el Proyecto Guía Salud, cuyo objetivo final era la mejora en la toma de decisiones clínicas basadas como no en la evidencia científica, mediante actividades de formación y de configuración de un registro de GPC en el SNS.

Desde su creación, este proyecto ha evaluado decenas de GPC en función de unos criterios previamente generados por el comité científico, las ha registrado y las ha difundido, igualmente, a través de Internet.

Tres años después, la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, elabora el Plan de Calidad para el SNS (2006), constituido por doce estrategias. El objetivo de este Plan es, aumentar la cohesión del SNS y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos de forma universal, con independencia del lugar de residencia. En su estrategia décima hace hincapié en la mejora de la Práctica Clínica, alzando como propósito la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y el fomento de la elaboración y el uso de GPC.

En cualquier caso, la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal, es la herramienta de acompañamiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS. Y en ningún caso pretende sustituir el juicio clínico de los profesionales.

### **4.3. MUJER GESTANTE EN LA ACTUALIDAD.**

Los derechos reproductivos son reconocidos internacionalmente a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas celebrada en El Cairo (1994):

*“ La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (Naciones Unidas, 1994, p34)*

Este nuevo derecho llamado salud reproductiva incluye; el acceso a servicios de planificación familiar, consejo e información, atención prenatal, postnatal y en el parto, atención médica para los recién nacidos, tratamiento para las enfermedades del aparato reproductor y enfermedades de transmisión sexual, servicios para el aborto seguro, y tratamiento para las complicaciones relacionadas con el aborto, prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad, información, educación y consejo sobre la sexualidad humana, la salud reproductiva, la paternidad responsable, y desaconsejar prácticas dañinas como la mutilación genital femenina.

Este documento afirma que: *"Los objetivos son: asegurar el acceso a la información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios"* (Naciones Unidas, 1994).

Diversos autores, al igual que las declaraciones de la OMS y de la Estrategia de Atención al Parto Normal, reconocen que los partos y los nacimientos se han medicalizado, olvidando la fisiología de los mismos. Como ya hemos mencionado anteriormente, fue alrededor de los años sesenta cuando se convierte en una norma que el parto se produzca en los hospitales o clínicas, fruto de la persecución en la mejora de la morbilidad materno-infantil (Huttler, 2010).

El deseo de la culminación del parto con un recién nacido sano ha impulsado su dirección médica sistemática y la práctica de intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. Lejos de entrar en el debate de donde tienen que tener lugar los partos, tema muy actual en los foros de debate, perseguimos el objetivo que al igual que la FAME, la OMS, la Estrategia de Atención al Parto Normal y otras entidades tienen, en cuanto a incidir en las prácticas que podrían actualizarse en los mismos.

La atención al parto normal debe partir de la base de que es un proceso fisiológico y por tanto, en la mayoría de los casos no precisa de intervención por parte de los sanitarios, ya sea el médico o la matrona. La SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) reconoce que se trata de "asistir a la mujer de parto" y no "tratar o curar un parto".

Como antiguamente se denominaba, "El Arte de Partear" implica una gran serenidad y paciencia, estar al lado de la mujer y observar su evolución para detectar cuándo es precisa la intervención.

La importancia de la atención que la mujer recibe en este proceso influye en la vivencia del parto que tiene la mujer, su bienestar emocional y futura adaptación a la maternidad y al establecimiento del vínculo del hijo o hija con el consiguiente éxito de la lactancia, crianza y desarrollo posterior.

Se cree que desde la hospitalización del mismo, el apoyo continuo ha perdido fuerza, planteando de esta manera la posible deshumanización de las experiencias de parto de las mujeres. Este tipo de atención, de apoyo, puede incluir: apoyo emocional, medidas de alivio, información y defensa.

Esta atención puede disminuir los partos instrumentados así como la recepción de analgésicos, aumentar la satisfacción de la mujer y acortar el tiempo de trabajo de parto (Serrano, 2005).

Las dudas relacionadas con la deshumanización, consecuente de las experiencias de parto de las mujeres, han producido el requerimiento de un retorno al apoyo continuo y personalizado para las mujeres durante el trabajo de parto (Klaus 2002).

A pesar de todo ello, en la actualidad, la angustia perinatal es un importante problema de salud pública que afecta negativamente a la mujer, pone en peligro la relación de la pareja y puede tener efectos nocivos significativos en el desarrollo del niño (Dunkel, 2011).

Una revisión sistemática sobre la incidencia y la prevalencia de la depresión perinatal, muestra que este problema afecta a un 12.9% de las madres y al 10% de los padres (Gavin et al, 2005). Sin embargo, es posible que estos datos estén sesgados, por el hecho de que los encuestados se nieguen a revelar los problemas que están experimentando con respecto a su estado de ánimo.

El modelo de atención por matronas se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales, centrados en la mujer. Las diferencias entre el modelo de atención por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en la filosofía, el enfoque, la relación con el profesional y el uso de intervenciones durante el parto. La filosofía de este modelo de atención por matronas está basada en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres de experimentar el parto con una intervención mínima. Se observa que la atención al embarazo, parto y puerperio por este modelo, proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida y sin efectos adversos, ya que disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo con una mayor sensación de control de la mujer y con una

mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal 2010).

El ensayo (Hodnett, 2002), se apuntó que el apoyo continuo se asocia con una reducción de la probabilidad de que las mujeres refirieran bajos niveles de control personal durante el trabajo de parto y el parto. Estos resultados fueron similares en estudios anteriores (Langer, 1998). Ya en 1989, se realizó un estudio para la evaluación de la percepción en el control del trabajo de parto mediante una escala de 3 puntos (Flint, 1989). Parece que la satisfacción con diversos aspectos de la atención pareció ser mayor en el modelo de atención por comadronas, comparado con el otro modelo de atención.

Cinco ensayos asignaron al azar 5.048 mujeres para comparar los modelos de atención por comadronas versus otros modelos de atención en mujeres definidas por los autores del ensayo como riesgo mixto de complicaciones. (Biro, 2000; Homer, 2001; Kenny, 1994; North Stafford, 2000; Rowley, 1995). Hubo una reducción estadísticamente significativa de la pérdida fetal y la muerte neonatal general en el este grupo atendido por comadronas.

Tres ensayos asignaron al azar 2.988 mujeres a atención por comadronas que proporcionaron atención prenatal en el ámbito comunitario y hospitalario, en comparación con otros modelos de atención (Hicks, 2003; Homer 2001; North Stafford 2000). Hubo diferencias significativas en cuanto al uso de analgesia con opiáceos y la puntuación de Apgar. En el caso de la analgesia, hubo una reducción en este tipo de analgesia, mientras que para la puntuación Apgar <7 a los 5 minutos pareció haber un aumento.

Una revisión que incluyó dieciséis estudios clínicos con un total de 13.391 mujeres, (Hodnett, 2008), concluyó con que las mujeres que recibieron apoyo intraparto continuo tenían probabilidades de que el parto fuera un poco más breve, más probabilidades de que el parto fuera espontáneo, por vía vaginal y menos probabilidades de recibir analgesia intraparto, o a mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto.

Por tanto, el análisis de los estudios revisados anteriormente pone de manifiesto que, el apoyo continuo por parte de la matrona durante el trabajo de parto debe instaurarse como una práctica imprescindible en la atención a las mujeres de parto. Parece que los beneficios se reflejan principalmente cuando el apoyo comienza en una etapa temprana del trabajo de parto y cuando además el cuidador principal no es solo el profesional. Obteniéndose resultados como: una mayor probabilidad de

tener un parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de recibir analgesia intraparto o de informar insatisfacción con sus experiencias de parto.

Se deben de realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que los lugares donde la mujer lleve a cabo la dilatación ofrezcan confianza, privacidad, posibilidad de comunicación, respeto y no se caractericen por la realización de intervenciones habituales que no ofrezcan un beneficio claro.



## 5. METODOLOGÍA

La metodología aplicada en este estudio es **cualitativa y de corte transversal**, empleando las técnicas de: investigación documental y entrevistas en profundidad.

Para comenzar, se ha desarrollado una investigación documental o de gabinete para familiarizar al lector sobre los principales conceptos y puntos de vista del tema a tratar. Este tipo de técnica se basa en un análisis de contenidos de la bibliografía revisada.

Para ello se han realizado búsquedas sistemáticas en las bases de PubMed, Scielo, Cochrane y Google Académico, con los siguientes operadores: Anthropology medical, Obstetrical nursing, History of nursing Midwifery. Los criterios de inclusión fueron trabajos publicados desde el año 1990 hasta 2016, de rigor científico.

En cuanto al trabajo de campo, se ha decidido aplicar entrevistas en profundidad. Para ello se contactó con las informantes y la autora del trabajo de investigación fue quién realizó la entrevista. Estas tuvieron lugar en el momento y lugar elegido por cada una de las matronas, con el único requisito que este fuera en un clima tranquilo donde ellas pudieran sincerarse y estuvieran cómodas para hablar libremente, sin límite de tiempo ni información, de esta manera podía propiciarse una mayor facilidad para la expresión de sentimientos, por lo que se descartó el ámbito hospitalario.

En todo momento se las informó de que, si era su deseo, se garantizaría su intimidad y confidencialidad, y que toda información y percepciones expresadas serían respetadas. No fue necesario omitir ninguna parte de las entrevistas, las cuales han sido anexadas en su totalidad en dicho trabajo.

Estas entrevistas, de 30 minutos de duración, se han realizado a dos matronas de entre 56 y 60 años, con estudios universitarios y especializadas en la Obstetricia y Ginecología. Ambas, con una larga experiencia en la profesión de Matrona, testigos de unas modificaciones sustanciales de las que formaron parte tanto como mujeres como profesionales, algo que se ha tenido en cuenta de cara a una mayor fuente de información primaria para alcanzar los objetivos propuestos.

Puesto que en este estudio, se tratan acontecimientos del pasado, nos hemos centrado en actitudes del presente al relatar sus percepciones en los distintos bloques tratados.

La peculiaridad de esta investigación viene de la mano del tratamiento que damos a la fuente primaria de información, haciendo un uso adecuado y de provecho de las fuentes orales. Y es que el uso de metodologías de tipo cualitativo nos permite situar en el centro de nuestra investigación a las mujeres partícipes de la misma, facilitando la comprensión de los aspectos a observar.

Esta técnica de entrevista en profundidad, permite obtener información a través de una conversación profesional de cara a un estudio analítico y/o prospectivo de investigación o bien en un análisis sociológico (Conde, 2010).

Las ventajas que proporciona la realización de este tipo de técnica para el desarrollo del trabajo de investigación, las cuales han influido en la elección de la misma, son las siguientes:

- El sujeto entrevistado es el protagonista.
- Permite un completo desarrollo de la interrelación entre los fenómenos psicológicos y sociológicos del sujeto.
- El entrevistador tiene un papel pasivo en el proceso comunicativo, de cara a proporcionar la mayor flexibilidad posible al entrevistado.
- La finalidad es exploratoria o prospectiva.
- El guión no está excesivamente estructurado, se trata de una entrevista abierta, lo que le da mayor libertad a la persona entrevistada en cuanto al desarrollo de sus argumentos.

Son escasos los estudios realizados sobre este tema desarrollados mediante este tipo de metodología, es por ello que junto con las ventajas que esta técnica ofrece se ha optado por la entrevista semiestructurada para la investigación en este proyecto.

El tipo de muestreo ha sido intencional, propio del análisis cualitativo, en el que las unidades muestrales han sido obtenidas de acuerdo a criterios distintos del azar. El número de entrevistados han sido 2, número que ha sido considerado el necesario para alcanzar la saturación teórica. La elección de las matronas se han basado en criterios de implicación en su labor profesional y por otro lado de la capacidad de recoger información más relevante para la búsqueda que se requería, así como de accesibilidad.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación, se han adoptado algunas medidas:

- Antes de la realización de las entrevistas, se explicó en qué consistía el estudio y su implicación en él. Dejando claro en todo momento que se requería de su consentimiento verbal y que su participación era voluntaria por lo que podía revocar su consentimiento cuando lo deseara.
- Se informó que la entrevista iba a ser transcrita. Y de igual manera, que el anonimato iba a estar asegurado mediante la utilización de sus nombres incompletos. Se garantizó la confidencialidad de la información y que ésta misma no sería utilizada para cuestiones ajenas a la investigación.
- Toda información tanto escrita como digital estaría protegida por la Ley Orgánica de 13 de Diciembre de 1990 de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999).

## 5.1. FICHA TÉCNICA

A continuación se introduce la ficha técnica de este estudio:

- **Ámbito geográfico:** Pamplona, Navarra.
- **Metodología:** cualitativa, usando la técnica de la entrevista en profundidad.
- **Target o público objetivo:** mujeres entre 56 y 60 años, Diplomadas Universitarias en Enfermería con Especialidad Obstétrico Ginecológica.
- **Número de entrevistas realizadas:** 2
- **Duración de la entrevista:** 30-35 minutos
- **Guión:** flexible. (Incluido en los **Anexos**)
- **Fecha de realización del trabajo de campo:** 1-15 de junio de 2016.

## 6. RESULTADOS.

### 6.1. INICIO DE SU FORMACIÓN.

La primera entrevistada (**E1**) se formó como matrona en Pamplona en el año 1970, hizo enfermería con el objetivo de ser matrona. En este año, la literatura hace referencia a que la formación de matrona se realizaba en un periodo de 12 meses y los requisitos esenciales eran ser mujer y menor de 45 años. La entrevistada hace referencia a que, a pesar de que ella realizó su formación en Pamplona, cree que el resto de las matronas obtuvieron su titulación en otras comunidades.

*E1 M: No tengo idea de cuántos años hacía que no había cursos en Pamplona ni cómo estaba la situación anteriormente. En los centros hospitalarios de Pamplona por aquel entonces había matronas, pero yo creo que todas se formaron fuera de esta provincia. (p. 45)*

A diferencia de la primera, la segunda entrevistada (**E2**) obtuvo la titulación de matrona en Barcelona en 1986. En su entrevista expone detalladamente la situación por la que, la formación de matrona, pasaba en ese momento. Es consciente de que fue el último año de formación de matronas, antes del parón de la misma.

Aclara también los requisitos de la realización de la misma.

*E2 M: La duración cuando yo hice la especialidad era de 12 meses sin descanso y tenías que pagar una matrícula y no percibías nómina. La situación hoy en día ha cambiado en este aspecto. Yo tuve que hacer la especialidad trabajando en turno de noches como enfermera en el hospital de Reus para poder mantenerme. Hoy en día veo los programas de formación de la especialidad que presentan un programa teórico formativo presencial muy completo con proyecto de investigación y una formación clínica en atención especializada hospitalaria y atención primaria con una duración de dos años completos. (p. 66)*

### 6.2. COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS.

Ambas entrevistadas coinciden en este apartado en que, las enfermeras generalistas que ocupan los puestos relacionados con competencias de las matronas,

no son culpables de la situación. Y que la solución debe pasar por las Administraciones.

**E1 M:** *Pues claro que no me parece justo... Creo que va bastante despacio. Se han ido ampliando campos de la profesión pero a veces cuesta cambiar mentalidades de quienes tienen que tomar decisiones. Y también las enfermeras, supongo, defienden su trabajo. (p. 51)*

**E2 M:** *Lógica, no había matronas por haber cesado la formación en España y había que ocupar estos puestos con otros profesionales sanitarios. Profesionales que han venido realizando una muy buena labor y que considero que son buenos en lo que hacen. ¿Qué debemos intentar ahora? Está claro que no hay que pretender "quitar" los puestos de trabajo de las personas que ya están ejerciendo, sino que las administraciones: consejería, dirección general de salud, dirección de recursos humanos... contemplen a la matrona en las plazas de nueva creación y que las plazas de jubilación o vacantes de enfermería sean reconvertidas en plazas de matronas. (p. 74)*

### **6.3. RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL.**

Aunque al principio las dos entrevistadas consideran que el reconocimiento de la matrona por parte de la sociedad es bueno, se produce un gran contraste a medida que avanza la entrevista.

La primera entrevistada hace alusión a que, la lucha de la mujer por la defensa de esta profesión ante las dificultades encontradas, no difiere de la lucha de otras profesiones enmarcadas también en el ámbito femenino. Por otra parte, expresa su sentimiento respecto a que dicho reconocimiento no se ve reflejado en el resto de los profesionales sanitarios: tanto médicos como enfermeras.

Mientras que la segunda apunta que a pesar de que el reconocimiento por parte de la población es bueno, es necesario seguir trabajando en otros muchos aspectos que pueden ser mejorables, aunque reconoce que las circunstancias actuales no son las más favorecedoras para dicha mejora.

**E1 M:** *Como reconocimiento por parte de la sociedad... Creo que se va adquiriendo bastante, también porque nos lo vamos currando. No tan claro lo tengo por parte del resto de profesionales sanitarios: médicos y enfermeras. Ahí yo creo que nos encontramos con algunos muros un poco más duros. Respecto a la primera parte de la pregunta, el esfuerzo para que se nos reconozca tampoco creo que varíe tanto de otras muchas profesiones femeninas. (p. 49)*

*E2 M: Yo te puedo hablar de Navarra y Canarias que es donde he trabajado. Me imagino que cada comunidad tiene una apreciación diferente según la actividad asistencial que estemos desarrollando. El reconocimiento social es muy bueno aunque tenemos que seguir trabajando para que sigan conociendo todas las funciones que desempeñamos y que podríamos desempeñar (aunque las circunstancias, de momento, no lo permiten) en muchos ámbitos de la sanidad. (p. 69)*

#### **6.4. INFORMES Y ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO.**

En este ítem existe una gran desigualdad en los puntos de vista de las entrevistadas.

Por una parte, la primera entrevistada entiende que la aplicación del término humanizado hace una reflexión injusta del trabajo que, las matronas de ese tiempo, venían desempeñando.

*E1 M: A mí personalmente no me gustó que se comenzase a hablar del parto humanizado. Me parecía, y yo creo que a muchas compañeras nos parecía, un término injusto con respecto a las que llevábamos años trabajando. Pensamos que si nuestro trabajo no era humanizado. No nos gustó el término. Y en lo que a labor profesional tampoco ha supuesto cambios importantes. Yo creo que ha sido más cambios de nombres que lo que ha supuesto en el cambio.. (pp. 53 y 54)*

En la reflexión final, al respecto de este punto, ella apuntaba la importancia de no caer en los extremismos. Y lo desarrollaba de la siguiente manera:

*E1 M: Por otro lado, en cuanto a nosotras, queriendo darle esa naturalidad que quizás vemos que le falta, a mi modo de ver estamos patinando hacia el lado contrario. Y a veces tengo la sensación, cada vez más, que ciertos sectores de nuestra profesión quieren volver un poco, bueno sin exagerar (ya sabes como soy yo) a la edad de piedra. La maternidad yo creo que es un proceso natural de la vida, pero también creo que es muy imprevisible. Por eso, en el término medio creo que está la virtud. Estos años se han formado, hay movimiento, tenemos inquietudes, se han hecho muchas asociaciones de matronas, congresos. A mí todo eso me parece muy bien para ponernos en contacto, para poner puntos de encuentro, para ver cómo van las cosas en otros lados. Pero hay que tener mucho cuidado con eso porque también, como en todo, alrededor de todo eso se crean muchos intereses de todo tipo. (pp. 53 y 54)*

Por otro lado, la segunda entrevistada ya al principio de su intervención, hacía una pequeña reflexión directamente relacionada con este apartado. En ella exponía la situación que había vivido en el Hospital donde tuvo lugar su formación, en el que refiere un gran intervencionismo por parte de los profesionales de la obstetricia y en el que primaba la formación de los residentes en partos asistidos por medio de Fórceps y Espátulas sin tener en cuenta la fisiología del mismo. La figura de la matrona quedaba relegada pues, al cumplimiento de las decisiones del ginecólogo.

**E2 M:** *Un hospital donde el noventa y tantos por ciento de los partos se les administraba analgesia epidural ( por aquel entonces las dosis y el tipo de medicación que utilizaban producían un bloqueo motor importante impidiendo la movilización de la mujer) así que la mayoría de los partos terminaban en instrumentados (Fórceps y espátulas, no hacían ventosas) y tengo que añadir que era un hospital docente que interesaba que los residentes de ginecología tuvieran buena formación en partos instrumentados.*

*El papel que desempeñaba la matrona en el servicio (es lo que yo percibí) quedaba relegado a un segundo plano, siempre pendiente de las decisiones y actuaciones del ginecólogo. En resumen, cuando terminé la especialidad salí con mucha inseguridad en mi práctica asistencial y no me sentía preparada para trabajar como matrona. Haciendo un análisis de mi formación, puedo decir que salí sin tener conocimientos suficientes y escasa práctica asistencial al parto. Tampoco hice rotación en los Centros de Salud ni en las plantas maternas y en todo lo concerniente a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Mi formación sólo fue de asistencia al parto hospitalario, pero una asistencia muy intervencionista y poco fisiológica. (p. 79)*

Por otra parte refiere que la aparición de Declaraciones como la de Fortaleza o la Estrategia de Atención al Parto Normal han supuesto para ella un referente en su trabajo, entendiéndolo como un respaldo a su filosofía de trabajo con evidencia científica.

**E2 M:** *... poder realizar mi actividad profesional sin que nadie pueda echar en cara actuaciones que antes eran impensables realizarlas, estoy motivada e ilusionada. Quiero resaltar, si me lo permites, la intervención que está teniendo la FAME desde su creación en el año 2003, como referente de las matronas: representándonos, trabajando por nuestras competencias, promoviendo políticas que favorecen los procesos fisiológicos de las mujeres, por su compromiso, perseverancia y honestidad como Federación. (p. 79)*

## 6.5. GESTANTE Y SOCIEDAD ANTE LA PATERNIDAD.

Este apartado tenía como objetivo valorar la percepción que las entrevistadas habían vivido, desde su inicio, del papel que la sociedad y en concreto las gestantes habían ido tomando. Si habían experimentado cambios y qué valoración ofrecían de ellos.

A la luz de las respuestas desarrolladas por las entrevistadas, podemos observar una gran disparidad de nuevo en las percepciones de las mismas. Por una parte, la primera entrevistada, refiere una sociedad que crea una gran cantidad de expectativas en lo que al desenlace de su parto se refiere y que en el caso de no verse cubiertas responde con frustración. Manifiesta ella, un sentimiento de inmadurez y déficit de habilidades emocionales por parte de la mujer en trabajo de parto.

*E2 M: Creo que precisamente ahora no lo viven como algo normal, lo viven como un exceso de expectativas. En la sociedad actual se tolera bastante mal la frustración y el esfuerzo. Yo lo percibo mucho. Percibo a la sociedad de ahora y a las mujeres que vienen a parir mucho más inmaduras, con menos habilidades emocionales. (p. 72)*

De nuevo al concluir la entrevista ella hace un breve resumen refiriéndose a este aspecto, donde explica de forma concreta los problemas que ella encuentra en la sociedad actual y que afectan a la vivencia de la maternidad/paternidad. Refiere una falta de seguridad en los profesionales que atienden el parto por parte de la sociedad, en este caso de la matrona, y por otra parte escasa información o mala información.

*E2 M: Esta libertad que ahora dejamos a las madres para que decidan me parece muy bien. Pero, otra cosa que veo, es que a veces no están bien informadas. Hay que tener mucho cuidado, porque para ejercer la libertad ya sabes que hay que estar bien informado, y yo creo que a veces precisamente las madres que quieren ejercer esa libertad pues no vienen con una información correcta de todo lo que es esto. Incluso ellas a veces dicen esto de que el parto les vendemos como algo romántico, etcétera. Yo creo que hay que darles seguridad en nuestra formación, hay que darles seguridad en la atención, hay que hacer que ellas vengan tranquilas, pero sin obviar lo que a veces puede ocurrir o sin obviar la realidad, para que luego no se frustren cuando un parto no va, cuando un parto acaba en una cesárea, cuando una epidural no les va, cuando una episiotomía es imprescindible hacerla por el bien del niño, etcétera. (p. 72)*

No obstante, la visión de la segunda entrevistada difiere de esta anterior, mostrando un gran acuerdo en la posición de las mujeres durante el momento del parto y de su participación en el mismo. Apoya la percepción positiva de la importancia de la



participación de la mujer que ella siente, entregándome una carta que una paciente en el año 1994, a la que ella había asistido el parto, le escribe con motivo de su agradecimiento.

**E2 M:** *Para mí es un paso más hacia adelante, que la mujer y su acompañante tengan protagonismo de su parto, que participen en las decisiones, que respetemos en la medida posible teniendo en cuenta, claro está, con los recursos tanto humanos como materiales que tenemos a nuestro alcance. (p. 85)*

*Te voy a mandar una carta escaneada de un parto del año 1994. Creo que puede servir de testimonio. Simplemente es un reflejo de cómo se trabajaba por aquel entonces. No se dejaba beber ni un sorbito de agua, bien quietas en la cama con el monitor para que no se perdiera el foco, poco o casi nulo acompañamiento, epidurales de manera excepcional y por supuesto todas las prácticas rutinarias que hoy han quedado obsoletas u olvidadas por el tiempo.*

En esta carta, la paciente refiere que con la atención recibida por parte de esta matrona ella empezó a ver su parto como algo posible, expresando que hasta el momento de su aparición todo había sido negativo.

*“Entonces me empezó a llegar después de toda la noche allí, la primera esperanza de seguridad y de confianza. Tus palabras de confianza, el decirme cuanto me quedaba, el trato cariñoso, aquella sonrisa amable... cuánto lo agradecí en ese momento. La gente me estaba tratando de una forma nada humana, ni una explicación, ni una muestra de delicadeza. Ni una explicación de ningún tipo, simplemente todo es normal.”*

*“Dejar entrar a mi marido en el parto fue un momento para él muy importante en su vida, que aunque te parezca tonto, nos unió más.”*

Sin embargo hay un punto de unión en ambas entrevistas, en el momento en que la segunda entrevistada hace alusión a un extremo que no es recomendable, refiriéndose a ciertas exigencias que pueden presentar algunos pacientes durante su estancia en el Hospital.

**E2 M:** *Tampoco estoy de acuerdo con los extremismos, en aquellas parejas que pueden venir con cierta exigencia en su trato y que se olvidan que están en un ámbito hospitalario con más parejas que como ellos, vienen a parir. P( )*

## 6.6. CONOCIMIENTO DE LA SOCIEDAD DEL PERFIL Y FUNCIONES DE LA MATRONA.

En este campo ambas entrevistadas de nuevo tienen puntos de vistas diferentes. La primera entrevistada afirma que, sí piensa que la sociedad sabe de la matrona como una profesional preparada para su atención. Sin embargo la segunda entrevistada defiende la necesidad de que la sociedad sepa que la matrona no es una profesional enmarcada únicamente en la atención al parto, si no que su campo de actuación es mucho más amplio y engloba otras áreas de todas las etapas de la vida de la mujer.

*E1 M: No sé si todas sus funciones o al menos las que nosotros querríamos, o bueno, las que las jóvenes queréis. Pero sí creo que saben ahora más, que hay unas profesionales preparadas para apoyarlas y atenderlas en muchos de los problemas que se les plantean.(p. 61)*

*E2 M: No, aún la sociedad asocia a la Matrona exclusivamente con el parto. Tenemos que seguir trabajando para que nos conozcan a las matronas como el profesional idóneo en la atención a la mujer en salud sexual y reproductiva en todas las etapas de su vida. (p. 85)*

## 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Tal y como demuestra la amplia bibliografía encontrada, el colectivo de Matronas es un grupo con un gran poder reivindicativo. Los límites encontrados en su desarrollo profesional, fuertemente sustentado en el empirismo, fueron desafiados hasta conseguir llegar a las Universidades y forjarse como la profesión que es hoy en día.

La investigación realizada en este trabajo ha pretendido profundizar en las percepciones experimentadas sobre diversos aspectos por estas profesionales, para lo cual hemos visto imprescindible acercarnos a la realidad del sujeto de estudio: las matronas. Sus percepciones y sentimientos, son los elementos necesarios que nos han ayudado a entender aspectos de la situación actual. La clave por tanto, es el uso de sus testimonios como una máxima expresión de las percepciones que nuestro pasado sanitario más reciente tiene.

Es indiscutible la evolución que el programa de formación ha sufrido desde los años setenta hasta la actualidad, donde a la residente de matrona se la incluye en ámbitos de atención primaria y otros muchos rotatorios que hacen posible su formación integral en el campo de la Obstetricia y la Ginecología, sin olvidar la implicación en el desarrollo de actividades científicas que, a cualquier vista, proveerán conocimientos que permitan a la profesión alcanzar las necesidades de las sociedades emergentes. Además, la impartición de esta docencia esta principalmente dirigida por matronas.

En definitiva, las matronas son profesionales altamente cualificados, con capacitación suficiente para ser profesionales independientes que ofrecen cuidados de calidad a las mujeres, basados siempre en la evidencia científica.

En lo que a competencias se refiere, las matronas no se ven debidamente reconocidas y valoran como lenta e insuficiente la actuación por parte de las instituciones, que son responsables de contemplar a la especialista obstétrico-ginecológica en la ocupación de plazas libres o de nueva creación donde se desarrollen sus funciones.

En el ámbito de la relación con el paciente, las matronas ven una sociedad cómplice en su actuación y que reconoce su labor como profesional, una figura de apoyo en ese momento tan trascendente de su vida como es el nacimiento de un hijo.

Sin embargo, aún nos queda un gran camino por recorrer, puesto que tan importante es el logro de la más alta calidad de los servicios, orientando siempre la práctica clínica basada en la evidencia científica y al mismo tiempo entrado en el modelo de la atención en la persona usuaria, como una buena educación de la población. Queda bastante claro que la sociedad realiza definiciones de la matrona como el personal que trata a la mujer de parto, y se ve sorprendido cuando ve su figura en su centro de atención primaria controlando el embarazo y realizando otras muchas funciones en la mujer no embarazada, o incluso otras desconocidas como los programas de educación afectivo-sexual a adolescentes. El conocimiento de estas funciones permitirá a la población hacer un uso correcto de las mismas.

Por el contrario, en lo que a su percepción de los profesionales sanitarios respecta se señalan algunas barreras. Y es que, parece ser que la lucha por la defensa de ser un personal independiente no puede bajar la guardia ante la figura del médico, entendiéndose que las competencias de la matrona no pueden ser usurpadas por los obstetras cuando se trata de un parto que no presenta problemas.

Uno de los temas que más vicisitudes acarrea es el de la Atención al Parto Normal. No obstante, a pesar de que pueda haber cierto rechazo a “deshumanizar” lo que ya antes estaba humanizado o a posibles vueltas a la naturalidad de tiempos remotos, con la imprevisibilidad en el desenlace de los partos debido a posibles complicaciones, hay argumentos que hacen ver a este tema como algo necesario. Y es que, no está de más hacer una revisión de prácticas habituales, de cara a mejorar procesos, así como ayudar a proteger la labor de la matrona.

A pesar de todas las recomendaciones que desde 1985 la OMS, apoyada en la evidencia científica, vino desarrollando y que fueron seguidas por otros muchos Informes y Estrategias, metanálisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de la tecnología inapropiados, aunque existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidados basados en las evidencias (Rodríguez, 2016).

Se cree que desde la hospitalización del mismo, el apoyo continuo ha perdido fuerza, planteando de esta manera la posible deshumanización de las experiencias de parto de las mujeres.

La Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto (2000), lejos tenía como objetivo acusar a los profesionales si no más bien fortalecer el gremio de las parteras, teniendo en cuenta sus necesidades particulares y las investigaciones concretas. Además de: establecer un control de las prácticas realizadas por los

profesionales al servicio de las áreas maternas y promover las enseñanzas recomendadas por la OMS.

En cualquier caso, es de vital importancia continuar con la labor de unificar criterios de actuación ante los profesionales de la salud y en el desempeño de su trabajo en evidencias científicas.

En la línea de esta unificación de criterios de actuación es importante la información que los profesionales damos a las gestantes. Parece más que necesario que las mujeres estén bien informadas para hacer un correcto uso de su libertad. Con esta información se deben evitar situaciones como que, el exceso de expectativas que una mujer se pueda crear ante el desenlace del parto, pueda desencadenar en un sentimiento de frustración. Así mismo, le serviría para cumplimentar el "Plan de Parto" de una forma óptima, de cara a un parto sencillo que en el caso de no disponer de la información oportuna.

Además, los beneficios del apoyo continuo e información por parte de la matrona se reflejan principalmente cuando éstos comienzan en una etapa temprana del trabajo de parto y cuando además el cuidador principal no es solo el profesional. Reflejándose en una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y menor probabilidad de analgesia o de informar insatisfacción con sus experiencias de parto (Biro, 2000; Homer, 2001; Kenny, 1994; North Stafford, 2000; Rowley, 1995).

En conclusión, a la vista de los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad y de la investigación documental realizada, se aprecian en general unas posturas bastante comunes en lo que a reconocimiento social y desarrollo de la profesión respecta.

No obstante, hay temas de considerada importancia en los cuales difieren, como son el reconocimiento por parte de las Administraciones, la acogida de los Informes y Estrategias de atención al parto o la posición que la gestante y la sociedad en general toman con respecto a su paternidad.

Hay mucho trabajo en cuanto unificación de criterios en los profesionales, sin embargo, la aplicación de las técnicas cualitativas desarrolladas en este estudio permiten acercarse a los profesionales para conocer sus sentimientos, emociones y necesidades, sugiriendo nuevas formas de actuación. Logrando así la consecución del

objetivo tanto de la Estrategia de Atención al Parto Normal (2007) como del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2009), éste es apoyar a los profesionales responsables de proporcionar esa atención.

Por lo que se recomienda seguir esta línea de investigación, aplicando esta técnica a una muestra más amplia.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alic, M. (2005). El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta finales del siglo XIX. Siglo veintiuno editores, Madrid, España.

Biro, M.A., Brown, S. y Pannifex, J.H. (2003). Satisfaction with team midwifery care for low and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*, 30(1), 1-10.

BOE-A-1953-16590, de 4 de Diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas en un proyecto único de ayudante Técnico Sanitario (ATS). Ministerio de Educación Nacional. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>

BOE-A-1977-6061, de 4 de marzo sobre relaciones de trabajo. Jefatura del Estado. Ministerio de la Presidencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-6061>

BOE-A-1980-1660, de 11 de enero sobre homologación del título de ATS con el de Dipolomado en Enfermería. Ministerio de Universidades e Investigación. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-1660>

BOE-A-1991-16714, de 28 de Junio por el que se por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de matrona o asistente obstétrico de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios. Ministerio de Relaciones con las Cortes y la Secretaría del Gobierno. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1991-16714>

BOE-A-1992-12549 de 1 de junio, por la que se aprueba con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de enfermero especialista en enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona). (1992). Ministerio de

- Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno, Boletín Oficial del estado 132:18569-18572. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-12549](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1992-12549)
- BOE-A-1993-22599, de 23 de octubre por el que se aprueba la formación de especialistas Obstétrico-Ginecológicos. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1993/10/23/>
- BOE-A-2009-8881, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Ministerio de Sanidad y Política Social, Boletín oficial del estado 129: 44697-729. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGineMatronas.pdf>
- Bover, A., Gallego, G., Mulet, M.A. y Ruiz, D. (1991). El arte de las matronas del siglo XVI. ¿Enfermería Integral?. Notas de enfermería, 1(6):49-54.
- Chalmers, B., Mangiaerra, V. y Porter, R. (2001). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS. Disponible en : <http://www.tobinatal.com.ar/humanizacion/principiosoms.html>
- Confederación Internacional de Matronas (ICM). (2005). Definición de Matrona. Brisbane, Australia. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales/i/409/124/definicion-de-matrona>
- Consejo General de Enfermería (2015). Informe sobre Competencias de las Matronas y tareas que realizan las Doulas. Disponible en: <http://www.informedoulas.com/documentos>
- Consejo General de Enfermería (2015). Decálogo para la denuncia de la situación de las Doulas en España. Disponible en: <http://www.informedoulas.com/informes/185-decalogo-para-la-denuncia-de-la-situacion-de-las-doulas-en-espana>
- De la Rosa, Z., Rivas M.T. y Alguacil, M.V. (2014). Recorrido legislativo de la profesión de matrona. Metas de enfermería, 17(6): 70-73.



Declaración de Ceará en torno a la Humanización (2000). Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Noviembre de 2000 en Ceará, Brasil. Disponible en : <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm>

Dulong, C. y Perrot, M. (1992). De la conversación a la creación. Historia de las mujeres. Granada: 197-198.

Dunkel, S.C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 6(2), 531-558).

FAME (2015). Documento de reclamación de Competencias de la Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Posicionamiento de la Federación de Asocioaciones de Matronas de España. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/documentos>

Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia (Tesis para el título de Magister en Psicología Social). Instituto de Psicología de la Salud. Uruguay.

Flint, C. (1989). The "Know your midwife'scheme- a randomized trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5, 11-6.

Gallego- Caminero, G., Miró-Bonet, M., Ferrer , P. y Gastaldo, D. (2005). Las parteras y/o comadronas del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4): 80-87.

García, M.J. y García, A.C. (1999). Fechas claves para la historia de la matrona en España. *Híades, revista de Historia de la Enfermería*, 5 (6): 246-256.

García, M. y García, A.C. (2005). Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. *Matronas profesión*, 6(1): 11-18.

Gavin, N., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S. y Gartlehner, G. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 106, 1071-1083.

Homer, C., Matha, D.V., Jordan, L.G., Wills,, J. y Davis, G.K. (2001). Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Australian Health Review*, 24(1), 85-93.

Iboleón, M.C. (2008). Matronas en la segunda mitad del siglo XX. Diferencias formativas y su impacto social. *Hiades*, 2(10):1071-88.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, artículo 47. (2003). Jefatura del Estado, Boletín Oficial del Estado 280: 21340. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE 13-12-1999). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-23750>

Linares, M. (2009). Mujeres matronas, un recorrido por la historia con perspectiva de género. I Congreso Virtual sobre Historia de las mujeres. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/es/servlet/articulo?codigo=4098351>

Marland, Hilary (ed). (1993). *The Art of Midwifery: early modern midwives in Europe*. Madison Ave, New York. Routledge.

Matronas Ubeda (2012). Documento de Consenso de Asistencia al Parto Normal de la SEGO. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/sego-documento-de-consenso-asistencia-al-parto-normal>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/iniciativas/i/3745/139/estrategia-para-la-atencion-al-parto-normal>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Informe de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad\\_ES\\_P.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ES_P.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)

Muñoz, M.E.. (1992). Recopilación de las leyes, pragmáticas reales, decretos y acuerdos del Real Protomedicato. Hecha por encargo del mismo Real Tribunal, Valencia, viuda de Antonio Bordázar, 1751. Novísima recopilación de las leyes de España, libro VIII.

Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>

North Stafford, C. (2000). A randomized study of midwifery caseload care and traditional "shared-care". *Midwifery*, 16. 295-302.

OMS. (1985). Declaración de Fortaleza. *Lancet*, 2: 436-437.

OMS. (1985). El parto no es una enfermedad: 16 recomendaciones de la OMS. Disponible en: <http://www.amabizia.asociacionespamplona.es/files/23-4243-document/declaraciones-de-la-oms-abril-1985.pdf?go=3d7fa7fcaa728fb8ba7ed32c5f79b0870cf4ccc28668157f16996578aa39392f8d2d7a6456dfde248533a3800d330bbf5e07ca6ab648a612>

OMS. (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf)

- OMS. (2013). Estadísticas Sanitarias mundiales 2013. Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). Disponible en: <http://www.cinu.mx/noticias/mundial/oms-presenta-estadisticas-de-s/>
- OMS-UNICEF. (1989). Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Estado mundial de la Infancia. Enfoques. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/slight2.htm>
- Ortiz, T. (1992). Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada. Cabré, M. & Ortiz, T (eds). Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX. Barcelona, Icaria, 165-189.
- Ortiz, T. (1993). Género y estrategias profesionales. La formación de las Matronas. En: Ramos, M.D. & Vera, M.T (eds). El trabajo de las mujeres, pasado y presente. Actas del congreso Internacional de Málaga. Málaga, 229-238.
- Ortiz, T. & Sánchez, D. (1995). La experiencia escrita de las matronas de los siglos XVII-XVIII. En: Ballarín, P. & Martínez, C. (eds). Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas. Granada, Universidad de Granada, 239-246.
- Ortiz, T. (1996). Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*, 16, 109-121.
- Ortiz, T. (1998). De matrona a matrona: Francisca Irachaeta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870. *Bibliid* 6(1): 183-195.
- Ortiz, T. (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal*, 6(1) 55-79.
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Odao13n>
- Serrano, I. (2002). La formación de matronas a lo largo de la historia. Asociación Navarra de Matronas. Disponible en: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf>

Serrano, I. (2005). Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de “matronas y mujeres en la historia”. Asociación Navarra de Matronas. Disponible en: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf>

Subirón, A. Et al. (2012). Las primeras mujeres tituladas para la asistencia al parto en la Universidad de Zaragoza (1878-1928). IX Congreso Iberoamericano de Ciencia, tecnología y género. Sevilla, España. Disponible en : [http://www.oei.es/congresoctg/memoria/maestro.php?pageNum\\_ponencias=4&totalRows\\_ponencias=52&id\\_seccion=5](http://www.oei.es/congresoctg/memoria/maestro.php?pageNum_ponencias=4&totalRows_ponencias=52&id_seccion=5)

Subirón, A.B. et al. (2014). Los primeros 50 años de las matronas en la Universidad de Zaragoza (1878-1929). *Matronas Profesión* 15(4):112-8.

The National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. (2007). Guía NICE: Intrapartum care. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/4573/144/guia-nice-en-la-atencion-intraparto>

Valle, J.I., García, M.J. (1994). Las matronas en la Historia. Un estudio del siglo XIX. *Rev Rol Enf* 187: 61-67.

Whitworth, M. y Dowswell, T. (2009). Promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados del embarazo. *Biblioteca Cochrane Plus*, 4 (4).

## 9. ANEXOS

### 9.1. GUIÓN DEL PROYECTO

Buenos días, en primer lugar agradeceremos la disponibilidad que habéis tenido para colaborar en este trabajo de investigación, cuya carga principal va a ser la información que de vuestras percepciones plasméis en la entrevista que a continuación tendrá lugar.

Explicar brevemente cual es la justificación de la realización del mismo. Y es que, la sociedad crece, la medicina avanza y cada vez buscamos una mayor calidad de nuestros servicios, pero ¿qué es lo que sucede con los profesionales responsables de proporcionar esos cuidados que basamos en la evidencia científica?

El objetivo de esta investigación es, el análisis cualitativo de la percepción que los profesionales especialistas obstétrico-ginecológicos tienen de la realidad. Conocer en profundidad cómo ha cambiado su formación a lo largo de la historia y cómo aún hoy en día lo sigue haciendo. Qué perfil tiene la sociedad, de las matronas, y qué reconocimiento reciben.

Para ello realizaremos diversas entrevistas a matronas, en las que inicialmente el entrevistado, dé una perspectiva que le parezca más relevante u oportuna para a continuación ir concretando por medio de algunas preguntas que nos servirán de guión de la misma. El objetivo es que plasméis todo aquello con lo que, la experiencia de vuestros años, os ha enriquecido y que ahora tenéis la oportunidad de revelar a las nuevas generaciones, haciéndolo con rigor científico.

Mi nombre es Ana Gómez. Me gustaría comenzar la entrevista con una breve presentación de usted, indicando algunos de sus datos personales como nombre, edad y años de profesión.

(Fecha)

---

#### **1.- Características sociodemográficas o encuadre biográfico.**

1.1. Nombre.

1.2. Edad.

1.3. Lugar de residencia.

1.4. Estudios.

1.5. Años de profesión.

## **2.- Preguntas guión para el desarrollo de la entrevista.**

2.1 Es conocido por todos que, la nuestra, es una de las profesiones más antigua del mundo, pero también la que más cambios ha experimentado. Cuéntame cómo comenzó tu formación, en qué año fue y cómo estaba la situación de la profesión de las matronas por aquel entonces.

2.2 Hasta el año 1996, cuando de nuevo volvía a salir una nueva promoción de matronas, el parón en la formación supuso que muchos de los puestos que las matronas veníamos desarrollando fueran ocupados por enfermeras generalistas, y que aún 20 años después en muchos casos no hemos recuperado. ¿Cómo encuentras esta situación?

2.3 Durante muchos años, el hecho de que la profesión de matrona haya ido directamente vinculada al sexo femenino, ha supuesto una continua lucha por llegar a las universidades, publicar nuestros propios manuales e intervenir en nuestra propia formación. ¿Qué reconocimiento social y profesional crees que tienen las matronas en este momento?

2.4 Desde el año 1985 cuando la OMS en la “Declaración de Fortaleza” comenzó a hablar de la atención al parto Normal y Parto Humanizado, se han sucedido otras muchas declaraciones, entre otras “La Estrategia de Atención al Parto Normal” del Ministerio en 2007, su Guía de actuación en 2010 y otras tanto de la SEGO como la FAME y otras asociaciones. Dime ¿qué ha supuesto esto en tu labor profesional y qué percepción personal tienes al respecto?

2.5 ¿Crees que las mujeres tienen una vivencia distinta de su parto, su posición en el mismo es diferente con respecto a las mujeres que encontrabas en el inicio de tu vida laboral? ¿Cómo percibes la sociedad con la que ahora mismo estas trabajando y qué cambios encuentras con la que había años atrás?

2.6 Crees que la sociedad conoce con claridad el perfil de las matronas, que conoce todas sus funciones.

Pues bien, por mi parte no tengo ninguna pregunta más pero, antes de finalizar no dudes en plasmar todo aquello que creas importante y que yo he pasado por alto. Vuestro conocimiento y experiencia nos hace más ricas a las jóvenes promociones que empezamos ahora nuestro camino laboral. No olvidamos que, si la profesión de matrona ha llegado donde está ahora, es porque muchas profesionales como vosotras han luchado por ella y por las mujeres.

Mi más sincero agradecimiento por tu tiempo. Si tienes alguna pregunta no dudes en consultarme. Te dejaré un teléfono y mi correo por si eso ocurriera.



## **9.2. TRANSCRIPCIONES DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS**

### **9.2.1. TRANSCRIPCIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA**

BUENOS DÍAS CHARO. COMO TE DIJE, ME GUSTARÍA HACERTE UNA ENTREVISTA, PERO ANTES DE EMPEZAR DEBO AGRADECERTE LA DISPONIBILIDAD QUE HAS TENIDO PARA COLABORAR CONMIGO EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN. SABES QUE HAY UNA CARGA MUY IMPORTANTE EN LAS ENTREVISTAS QUE VOY A REALIZAR.

COMO TE HE EXPLICADO, LA RAZÓN POR LA QUE HAGO ESTE ESTUDIO ES DEBIDA AL CRECIMIENTO DE LA SOCIEDAD, LA MEDICINA Y LA BÚSQUEDA DE CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS. PERO MI PREGUNTA ES: ¿QUÉ ES LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO CON NOSOTROS, LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE PROPORCIONAR ESOS CUIDADOS? POR LO TANTO, QUIERO CONOCER, MEDIANTE ESTE ANÁLISIS, LA PERCEPCIÓN QUE VOSOTRAS, LAS MATRONAS, TENÉIS DE LA REALIDAD. CÓMO HA CAMBIADO LA FORMACIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA Y CÓMO HOY MISMO LO SIGUE HACIENDO, QUÉ RECONOCIMIENTO OBTENEMOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN Y QUÉ PERFIL TIENE ÉSTA DE NOSOTRAS.

VAMOS A SEGUIR UN GUIÓN DE PREGUNTAS QUE ORIENTEN LA INFORMACIÓN QUE QUIERO OBTENER. PERO EN CUALQUIER CASO, MI OBJETIVO ES QUE DESARROLLES TODO AQUELLO QUE TU EXPERIENCIA TE HA APORTADO POR LO QUE NO HAY NINGÚN TIPO DE CENSURA EN AQUELLO QUE QUIERAS COMENTARME.

M: Perfecto Ana, estoy encantada.

VAMOS ALLÁ, EN PRIMER LUGAR QUERRÍA SABER ALGUNOS DATOS PERSONALES TUYOS, COMO DÓNDE CUÁNDO DESARROLLASTE TU PROFESIÓN.

M: Me formé en Pamplona, allá por el 1970, creo recordar.

NO HACE FALTA QUE TE DIGA QUE NUESTRA PROFESIÓN ES UNA DE LAS MÁS ANTIGUAS DEL MUNDO, PERO TAMBIÉN DE LAS QUE MÁS CAMBIOS HA EXPERIMENTADO. CUÉNTAME CÓMO COMENZÓ TU FORMACIÓN, EN QUÉ AÑO FUE Y CÓMO ESTABA LA SITUACIÓN DE LAS MATRONAS POR AQUEL ENTONCES.

M: Mi formación comenzó el año siguiente de finalizar enfermería. Y ahora no recuerdo el año... Allí por el 1970 o por ahí, un poquito antes... De hecho, hice enfermería para ser matrona, me gustaba trabajar con la vida. Aunque confieso que durante la carrera de enfermería me entusiasaban todas las áreas por las que practicaba, aunque seguí con mi objetivo e hice matrona en el primer curso que se organizó, justo después de un año de terminar enfermería. No tengo idea de cuántos años hacía que no había cursos en Pamplona ni cómo estaba la situación anteriormente. En los centros hospitalarios de Pamplona por aquel entonces había matronas, pero yo creo que todas se formaron fuera de esta provincia.

HUBO UN CONOCIDO PARÓN EN LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS Y NO FUE HASTA EL 1996 CUANDO SE REANUDÓ Y SALIÓ DE NUEVO UNA NUEVA

PROMOCIÓN. ESTO HA SUPUESTO QUE MUCHOS DE LOS PUESTOS DE MATRONAS FUERAN OCUPADOS POR ENFERMERAS GENERALISTAS, Y QUE 20 AÑOS DESPUÉS TODAVÍA NO SE HAN RECUPERADO. ¿CÓMO ENCUENTRAS ESTA SITUACIÓN?

M: Pues claro que no me parece justo... Creo que va bastante despacio. Se han ido ampliando campos de la profesión pero a veces cuesta cambiar mentalidades de quienes tienen que tomar decisiones. Y también las enfermeras, supongo, defienden su trabajo.

LA PROFESIÓN DE MATRONA HA IDO DIRECTAMENTE VINCULADA AL SEXO FEMENINO, LO CUAL HA SUPUESTO UNA LUCHA POR LLEGAR A LAS UNIVERSIDADES, PUBLICAR MANUALES, INTERVENIR EN LA FORMACIÓN. ¿QUÉ RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL CREE QUE TIENEN LAS MATRONAS EN ESTE MOMENTO?

M: Como reconocimiento por parte de la sociedad... Creo que se va adquiriendo bastante, también porque nos lo vamos currando. No tan claro lo tengo por parte del resto de profesionales sanitarios: médicos y enfermeras. Ahí yo creo que nos encontramos con algunos muros un poco más duros. Respecto a la primera parte de la pregunta, el esfuerzo para que se nos reconozca tampoco creo que varíe tanto de otras muchas profesiones femeninas.

BIEN, OTRA DE LAS COSAS QUE ME GUSTARÍA COMENTAR ES LO QUE HA SUPUESTO EN TU LABOR PROFESIONAL Y TU PERCEPCIÓN AL RESPECTO DE DECLARACIONES COMO LA DE LA OMS EN 1985 (DECLARACIÓN DE FORTALEZA), LA "ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL", SU GUÍA DE ACTUACIÓN EN 2010 Y OTRAS TANTAS COMO LA SEGO, FAME, ETC.

M: A mí personalmente no me gustó que se comenzase a hablar del parto humanizado. Me parecía, y yo creo que a muchas compañeras nos parecía un término injusto con respecto a las que llevábamos años trabajando. Pensamos que si nuestro trabajo no era humanizado. No nos gustó el término. Y en lo que a labor profesional tampoco ha supuesto cambios importantes. Yo creo que ha sido más cambios de nombres que lo que ha supuesto en el cambio. Aunque bueno, hablaré luego un poco más de todo esto.

PERFECTO CHARO, CUANDO TU QUIERAS. EN EL DÍA A DÍA DEL DESEMPEÑO DE TU TRABAJO... ¿PERCIBES ALGÚN CAMBIO POR PARTE DE LA VIVENCIA DE LAS MUJERES DE SU PARTO Y DE SU POSICIÓN EN EL MISMO? ¿CÓMO DESCRIBIRÍAS A LA SOCIEDAD CON LA QUE ACTUALMENTE ESTÁS TRABAJANDO? ¿HAY ALGÚN CAMBIO CON RESPECTO A LA SOCIEDAD QUE ENCONTRABAS EN EL INICIO DE TU VIDA LABORAL?

M: Creo que precisamente ahora no lo viven como algo normal, lo viven como un exceso de expectativas. En la sociedad actual se tolera bastante mal la frustración y el esfuerzo. Yo lo percibo mucho. Percibo a la sociedad de ahora y a las mujeres que vienen a parir mucho más inmaduras, con menos habilidades emocionales.

PARA FINALIZAR... ¿CREE QUE LA SOCIEDAD CONOCE CON CLARIDAD EL PERFIL DE LAS MATRONAS Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLAMOS?

M: No sé si todas sus funciones o al menos las que nosotros querríamos, o bueno, las que las jóvenes queréis. Pero sí creo que saben ahora más, que hay unas

profesionales preparadas para apoyarlas y atenderlas en muchos de los problemas que se les plantean.

MUCHAS GRACIAS CHARO, NO TENGO MÁS CUESTIONES. ADEMÁS DE ESTO, SI QUIERES AÑADIR ALGO MÁS...

M: Sí, me gustaría hacer un pequeño resumen, espero que no suene mucho a rollo.

ADELANTE, ME PARECE FENOMENAL.

M: Resumiendo, creo que en estos años, bien por la edad, estilo de vida, inseminación, epidural... el embarazo y parto han ido tomando un cariz menos natural. Por otro lado, en cuanto a nosotras, queriendo darle esa naturalidad que quizás vemos que le falta, a mi modo de ver estamos patinando hacia el lado contrario. Y a veces tengo la sensación, cada vez más, que ciertos sectores de nuestra profesión quieren volver un poco, bueno sin exagerar (ya sabes como soy yo) a la edad de piedra. La maternidad yo creo que es un proceso natural de la vida, pero también creo que es muy imprevisible. Por eso, en el término medio creo que está la virtud. Estos años se han formado, hay movimiento, tenemos inquietudes, se han hecho muchas asociaciones de matronas, congresos. A mí todo eso me parece muy bien para ponernos en contacto, para poner puntos de encuentro, para ver cómo van las cosas en otros lados. Pero hay que tener mucho cuidado con eso porque también, como en todo, alrededor de todo eso se crean muchos intereses de todo tipo. Entonces hay que ser críticas y no creerse todo. Hay que tener cuidado, basarse en las evidencias científicas. Esto lo hablo un poco por lo que veo yo aquí conforme vais llevando gente de otros lados, por cómo hablan compañeras. Pues a lo mejor viene alguien que da cursos del suelo pélvico pero no sabemos muy bien qué formación tiene. Bueno pues todas estas cosas que... ay qué bonito está todo pero hay que tener cuidado con todo eso. Yo creo que es una profesión apasionante por lo que fundamentalmente recibimos, que es otro ser humano. Y tenemos en nuestra mano, sobre todo, cuidar y formar el medio por el que llegan. Esta libertad que ahora dejamos a las madres para que decidan me parece muy bien. Pero, otra cosa que veo, es que a veces no están bien informadas. Hay que tener mucho cuidado, porque para ejercer la libertad ya sabes que hay que estar bien informado, y yo creo que a veces precisamente las madres que quieren ejercer esa libertad pues no vienen con una información correcta de todo lo que es esto. Incluso ellas a veces dicen esto de que el parto les vendemos como algo romántico, etcétera. Yo creo que hay que darles seguridad en nuestra formación, hay que darles seguridad en la atención, hay que hacer que ellas vengán tranquilas, pero sin obviar lo que a veces puede ocurrir o sin obviar la realidad, para que luego no se frustren cuando un parto no va, cuando un parto acaba en una cesárea, cuando una epidural no les va, cuando una episiotomía es imprescindible hacerla por el bien del niño, etcétera. A ver... No sé me ocurren ahora muchas cosas más, me pongo nerviosa hablando y se me van las ideas. Espero que esto te sirva de algo.

PARA NADA, ME SIRVE MÁS QUE DE SOBRA TODO LO QUE HAS DICHO. MUCHÍSIMAS GRACIAS POR CONCEDERME ESTA ENTREVISTA. ME HAS AYUDADO MUCHÍSIMO.

M: De nada Ana. Si tienes alguna duda o quieres saber más no dudes en contactarme.

POR SUPUESTO, LO MISMO DIGO, SI TIENES ALGUNA CONSULTA NO DUDES EN PONERTE EN CONTACTO CONMIGO. TE DEJO MI MOVIL Y MI CORREO DE NUEVO. UN PLACER.

## 9.2.2. TRANSCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA ENTREVISTA

BUENOS DÍAS ISABEL. GRACIAS, ANTES DE NADA, POR CONCEDERME TU TIEMPO Y DISPONIBILIDAD PARA REALIZAR ESTA ENTREVISTA. SABES QUE HAY UNA CARGA MUY IMPORTANTE EN LAS ENTREVISTAS QUE VOY A REALIZAR.

COMO TE COMENTÉ, LA RAZÓN POR LA QUE HAGO ESTE ESTUDIO ES DEBIDO AL CRECIMIENTO DE LA SOCIEDAD, LA MEDICINA Y LA BÚSQUEDA DE CALIDAD DE NUESTROS SERVICIOS. PERO MI PREGUNTA ES: ¿QUÉ ES LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO CON NOSOTROS, LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE PROPORCIONAR ESOS CUIDADOS? POR LO TANTO, QUIERO CONOCER, MEDIANTE ESTE ANÁLISIS, LA PERCEPCIÓN QUE VOSOTRAS, LAS MATRONAS, TENÉIS DE LA REALIDAD. CÓMO HA CAMBIADO LA FORMACIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA Y CÓMO HOY MISMO LO SIGUE HACIENDO, QUÉ RECONOCIMIENTO OBTENEMOS POR PARTE DE LA POBLACIÓN Y QUÉ PERFIL TIENE ÉSTA DE NOSOTRAS.

VAMOS A SEGUIR UN GUIÓN DE PREGUNTAS QUE ORIENTEN LA INFORMACIÓN QUE QUIERO OBTENER. PERO EN CUALQUIER CASO, MI OBJETIVO ES QUE DESARROLLES TODO AQUELLO QUE TU EXPERIENCIA TE HA APORTADO. NO HAY LÍMITES NI TIEMPO.

I: Entendido Ana. Espero poder servirte de ayuda.

VAMOS ALLÁ, EN PRIMER LUGAR QUERRÍA SABER ALGUNOS DATOS PERSONALES TUYOS, COMO DÓNDE CUÁNDO DESARROLLASTE TU PROFESIÓN.

I: Obtuve el título de Especialista en Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) en el año 1986 en el Centro Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona (Hospital Clínico Universitario). Estuve trabajando tres años en el Hospital Sant Joan de Reus y 17 años en Tenerife ( Hospital Nuestra Señora de Candelaria del Servicio Canario de Salud, Hospital Clínico del Cabildo, Centro Médico Quirúrgico y tres meses en el Hospital de las Nieves en la isla de La Palma. Desde el año 2007 estoy trabajando en el CHN (conocido antiguamente como Residencia Virgen del Camino) en el servicio de partos y urgencias obstétricas.

ES UNA REALIDAD QUE, LA NUESTRA, ES UNA DE LAS PROFESIONES MÁS ANTIGUAS DEL MUNDO, PERO TAMBIÉN DE LAS QUE MÁS CAMBIOS HA EXPERIMENTADO. CUÉNTAME CÓMO COMENZÓ TU FORMACIÓN, EN QUÉ AÑO FUE Y CÓMO ESTABA LA SITUACIÓN DE LAS MATRONAS POR AQUÉL ENTONCES.

I: Lo que te voy a contar creo que es una opinión muy subjetiva y quizás no sea un reflejo exacto de la situación general de la profesión de matronas por aquel entonces, pero es lo que viví y como lo viví. Como he comentado antes, obtuve el título de especialista en el año 1986, año en el que España se incorpora a la CEE y tiene que adecuar los estudios de la especialidad de Matrona acorde a las directrices de la CE, es decir, al año siguiente cesó esta formación de Matrona en España. Aprovecho y te hago un breve resumen de lo sucedido: En el año 1987 se regulan en España las especialidades de D.U.E. y se vuelve a la creación de la especialidad de Enfermería Obstétrico- Ginecológica (Matrona) ajustándose a las exigencias de las directrices de la CEE, de esta forma queda derogado el anterior plan de estudios y cesa la formación de matronas en España. En el 1989 el tribunal de justicia de la CE presenta un recurso contra España por no adecuar las directrices al acceso de esta especialidad. En el año 1991 por Real Decreto, ya existe una legislación específica para la profesión de Matrona en España y en 1992 se aprueba el programa de formación con una duración de dos años a tiempo completo y pasando a ser EIR.

La duración cuando yo hice la especialidad era de 12 meses sin descanso y tenías que pagar una matrícula y no percibías nómina. La situación hoy en día ha cambiado en este aspecto. Yo tuve que hacer la especialidad trabajando en turno de noches como enfermera en el hospital de Reus para poder mantenerme.

Como he comentado antes, acudía a las clases teóricas en Barcelona y las prácticas en el Hospital General de Granollers. Un hospital donde el noventa y tantos por ciento de los partos se les administraba analgesia epidural ( por aquel entonces las dosis y el tipo de medicación que utilizaban producían un bloqueo motor importante impidiendo la movilización de la mujer) así que la mayoría de los partos terminaban en instrumentados (Fórceps y espátulas, no hacían ventosas) y tengo que añadir que era un hospital docente que interesaba que los residentes de ginecología tuvieran buena formación en partos instrumentados.

El papel que desempeñaba la matrona en el servicio (es lo que yo percibí) quedaba relegado a un segundo plano, siempre pendiente de las decisiones y actuaciones del ginecólogo. Resumen: cuando terminé la especialidad salí con mucha inseguridad en mi práctica asistencial y no me sentía preparada para trabajar como matrona. Haciendo un análisis de mi formación, puedo decir que salí sin tener conocimientos suficientes y escasa práctica asistencial al parto. Tampoco hice rotación en los Centros de Salud ni en las plantas maternas y en todo lo concerniente a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Mi formación sólo fue de asistencia al parto hospitalario, pero una asistencia muy intervencionista y poco fisiológica.

Quizás no tuve suerte en el sorteo, me doy cuenta ahora, pero por aquel entonces, yo era feliz porque estaba realizando mi sueño de ser matrona y mi hospital era el mejor.

Hoy en día veo los programas de formación de la especialidad que presentan un programa teórico formativo presencial muy completo con proyecto de investigación y una formación clínica en atención especializada hospitalaria y atención primaria con una duración de dos años completos.

COMO TU BIEN HAS ALUDIDO AHORA, EL PARÓN EN LA FORMACIÓN DE MATRONAS, SUPUSO QUE NO FUERA HASTA EL 1996 CUANDO SE REANUDÓ Y SALIÓ DE NUEVO UNA NUEVA PROMOCIÓN. ESTO HA SUPUESTO QUE MUCHOS DE LOS PUESTOS DE MATRONAS FUERAN OCUPADOS POR ENFERMERAS GENERALISTAS, Y QUE 20 AÑOS DESPUÉS TODAVÍA NO SE HAN RECUPERADO. ¿CÓMO ENCUENTRAS ESTA SITUACIÓN?

I: Lógica, no había matronas por haber cesado la formación en España y había que ocupar estos puestos con otros profesionales sanitarios. Profesionales que han venido realizando una muy buena labor y que considero que son buenos en lo que hacen. ¿Qué debemos intentar ahora? Está claro que no hay que pretender “quitar” los puestos de trabajo de las personas que ya están ejerciendo, sino que las administraciones: consejería, dirección general de salud, dirección de recursos humanos... contemplen a la matrona en las plazas de nueva creación y que las plazas de jubilación o vacantes de enfermería sean reconvertidas en plazas de matronas.

LA PROFESIÓN DE MATRONA HA IDO DIRECTAMENTE VINCULADA AL SEXO FEMENINO, LO CUAL HA SUPUESTO UNA LUCHA POR LLEGAR A LAS UNIVERSIDADES, PUBLICAR MANUALES, INTERVENIR EN LA FORMACIÓN.

¿QUÉ RECONOCIMIENTO SOCIAL Y PROFESIONAL CREE QUE TIENEN LAS MATRONAS EN ESTE MOMENTO?

I: Yo te puedo hablar de Navarra y Canarias que es donde he trabajado. Me imagino que cada comunidad tiene una apreciación diferente según la actividad asistencial que estemos desarrollando. El reconocimiento social es muy bueno aunque tenemos que seguir trabajando para que sigan conociendo todas las funciones que desempeñamos y que podríamos desempeñar (aunque las circunstancias, de momento, no lo permiten) en muchos ámbitos de la sanidad.

DE ACUERDO, ME GUSTARÍA QUE ME COMNTARÁS TAMBIÉN LO QUE HA SUPUESTO EN TU LABOR PROFESIONAL Y TU PERCEPCIÓN AL RESPECTO DE DECLARACIONES COMO LA DE LA OMS EN 1985 (DECLARACIÓN DE FORTALEZA), LA “ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL”, SU GUÍA DE ACTUACIÓN EN 2010 Y OTRAS TANTAS COMO LA SEGO, FAME, ETC.

I: Para mí ha sido un paso muy importante en mi trabajo. Me está permitiendo trabajar de la forma que yo siempre tenía muy claro de cómo debían de hacerse las cosas y ahora con la evidencia científica y el apoyo de los ministerios y otras entidades reconocidas tengo el respaldo de poder realizar mi actividad profesional sin que nadie pueda echar en cara actuaciones que antes eran impensables realizarlas, estoy motivada e ilusionada. Quiero resaltar, si me lo permites, la intervención que está teniendo la FAME desde su creación en el año 2003, como referente de las matronas: representándonos, trabajando por nuestras competencias, promoviendo políticas que favorecen los procesos fisiológicos de las mujeres, por su compromiso, perseverancia y honestidad como Federación.

COMO ME COMENTABAS AL PIRNCIPOI, DESDE EL 1986, AÑO EN QUE TE FORMASTE COMO MATRONAS, ¿HAS PERCIBIDO ALGÚN CAMBIO, POR PARTE DE LA VIVENCIA DE LAS MUJERES DE SU PARTO Y DE SU POSICIÓN EN EL MISMO? ¿CÓMO DESCRIBIRÍAS A LA SOCIEDAD CON LA QUE ACTUALMENTE ESTÁS TRABAJANDO? ¿HAY ALGÚN CAMBIO CON RESPECTO A LA SOCIEDAD QUE ENCONTRABAS EN EL INICIO DE TU VIDA LABORAL?

I: Para mí es un paso más hacia adelante, que la mujer y su acompañante tengan protagonismo de su parto, que participen en las decisiones, que respetemos en la medida posible teniendo en cuenta, claro está, con los recursos tanto humanos como

materiales que tenemos a nuestro alcance. Tampoco estoy de acuerdo con los extremismos, en aquellas parejas que pueden venir con cierta exigencia en su trato y que se olvidan que están en un ámbito hospitalario con más parejas que como ellos, vienen a parir. Te voy a mandar una carta escaneada de un parto del año 1994. Creo que puede servir de testimonio. Simplemente es un reflejo de cómo se trabajaba por aquel entonces. No se dejaba beber ni un sorbito de agua, bien quietas en la cama con el monitor para que no se perdiera el foco, poco o casi nulo acompañamiento, epidurales de manera excepcional y por supuesto todas las prácticas rutinarias que hoy han quedado obsoletas u olvidadas por el tiempo.

PARA FINALIZAR, ISABEL... ¿CREES QUE LA SOCIEDAD CONOCE CON CLARIDAD EL PERFIL DE LAS MATRONAS Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLAMOS?

I: No, aún la sociedad asocia a la Matrona exclusivamente con el parto. Tenemos que seguir trabajando para que nos conozcan a las matronas como el profesional idóneo en la atención a la mujer en salud sexual y reproductiva en todas las etapas de su vida.

MUCHAS GRACIAS. ADEMÁS DE ESTO, SI QUIERES AÑADIR ALGO MÁS...

I: No Ana, queda pendiente de enviarte esa carta que te he comentado.

PERFECTO, NO DUDES EN CONSULTARME CUALQUIER COSA QUE NECESITES, TIENES MI TELÉFONO Y MI DIRECCIÓN DE CORREO. HA SIDO UN PLACER, DE NUEVO GRACIAS.

I: De nada Ana, a ti.



¡Hola Isabel!

Soy [redacted], para que tengas una idea de quien soy te dire que el día 19-1-94 a las 10 de la mañana tuve un infarto en la Residencia, soy la amiga de Conchi Lopez (la que me enseñada que tu decias que me parecia a una amiga tuya que tambien se parecia a cuando para), así a lo mejor tienes una idea de quien soy.

Te pareciera extraño que despues de tanto tiempo te llege en detalle mio pero la verdad es que con el infarto voy muy mal de tiempo y me apetecia escribirte mi pequeña carta para agradecerte todo lo que en aquel momento hicistes por mi. La gente me estaba tratando de una forma nada humana, ni una explicacion ni una muestra de delicadeza, ni un por que y meo la verdad esta nervioso, tan sensible, ya se que todo es muy normal para vosotros pero yo lo considero algo muy importante una situacion especial, mi hijo no se tiene todos los dias, aunque todos los dias marcan minutos, yo tengo una tienda y aunque todos los dias vengo a cada cuenta la dedico su tiempo cosa que en los hospitales no es así, todo es; ven, sentate, aqui, esta ect.ect. sin una explicacion de ningun tipo simplemente todo es normal. Pero en un momento determinado entra alguien lleno de luz con un aspecto limpio, aire des cansado con ganas de ayudar que despues de

Horas dilatando se agradece, es decir una profesional de pies a cabeza, cuando llegastes ya empezaba a ser todo posible (podia andar por la habitacion, hacer pis en el baño eat) anteriormente todo esta habia sido negativo. Entonces me empeco a llegar despues de toda la noche alli la primera experiencia de seguridad y de confianza. Tus palabras de confianza, el decirme cuanto me quedaba, el trato cariñoso, a quella sonrisa amable, cuanto lo agradece en aquel momento, vi a una profesional que le gustaba su trabajo que no me trataba como un numero de la seguridad social.

Y aunque tu no estuvistes en el parto me ayudastes mucho a relajarme en la expulsión tuve la sensación de que te suportaba un poquito a alguien y la frase cuando tu estabas en el parto con una circa que estaba a lado mio en dilatación de a esa circa no la dejers sola y a ver si llega que se lo prometí, me dio una fuerza especial. Ademas al dejar entrar a mi marido en el parto fue un momento para el muy importante en su vida que aunque te parezca todo no mio mas. No quiero quitarte mas tiempo solo muchas gracias por todo

Irene Betancos