UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Competencias Profesionales de la Matrona en
la Atención al Parto Normal.
Estudio Descriptivo de sus Percepciones
en la Región de Murcia

Dña. María Nieves Muñoz Rodríguez

2014

UNIVERSIDAD DE MURCIA
Facultad de Enfermería

TESIS DOCTORAL

Competencias Profesionales de la Matrona en la Atención al Parto Normal. Estudio Descriptivo de sus Percepciones en la Región de Murcia

María Nieves Muñoz Rodríguez

Dirigida por:
Dra. Carmen Isabel Gómez García
Dr. José Fernández-Rufete Gómez
Dra. María Jesús Ruiz García

Murcia, 2014

A mis padres, Francisco y Fely, por darme la vida, por haber gestado mi cuerpo, alumbrado mi mente y acunado mi alma, y por su entrega y dedicación, sin ellos no habría sido posible que esta tesis doctoral viera la luz.

A mi hermano Javier, mi cuñada Lumy y mis tesoros Alexandra y Javier, por ser mi constante apoyo.

A mis dos abuelas, Eloisa y Manuela, por ser transmisoras de los saberes y fortalezas de las mujeres de su época y sus antecesoras, y a mis abuelos Agustín y Gregorio, por acompañarlas, allá donde estén.

A quien sabe darle sentido a la palabra Amor

Los seres humanos no nacen para siempre el día en que sus madres los alumbran, sino que la vida los obliga a parirse a sí mismos una y otra vez.

Gabriel García Márquez

Agradecimientos

Desde aquí quiero expresar mi profundo agradecimiento hacia todas y cada una de las personas que me han ayudado de forma directa o indirecta en la elaboración de esta tesis doctoral. En primer lugar a Dios, por regalarme todo, y después a mis abuelas y abuelos, Eloísa, Agustín, Manuela y Gregorio por transmitirme valores y costumbres de Extremadura y Argentina, conocimientos y sabiduría aún desde la lejanía física pero desde la cercanía de su recuerdo. A mis padres por apoyarme y acompañarme en los momentos más difíciles y en los mejores de mi vida, y a mi hermano y cuñada, por quererme como soy y por haberme regalado acompañarles en el nacimiento de mis dos preciosos sobrinos.

A mis profesores del Colegio El Buen Pastor, que me inculcaron el aprecio a la formación, y a los y las docentes del Instituto Infante Don Juan Manuel, del que guardo grandes y memorables recuerdos.

A la Escuela de Enfermería del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, donde comenzó mi enamoramiento por la Enfermería y los Cuidados a las madres y a sus hijos e hijas y a todos los/las profesionales, enfermeras/os, pediatras, auxiliares de Enfermería, celadores/as y administrativos/as, con los que compartí horas de atención a los niños/as y padres en la Puerta de Urgencias de Pediatría del hospital Virgen de la Arrixaca y que tanto me marcó para mi posterior andadura profesional. Al resto de Unidades en las que trabajé formando parte del equipo volante: Neonatología, Cirugía Infantil, Quirófano Infantil, Admisión y plantas de Maternidad, UCI pediátrica y neonatal, Aislados, Lactantes, Escolares, Quemados, y otras Unidades del Pabellón General, así como Psiquiatría y Medicina Interna del antiguo Hospital General Universitario, a todas las personas que conocí, por todo lo aprendido y compartido. A la Unidad Docente del Hospital Universitario Virgen de la Candelaria de Tenerife donde realicé la Especialidad de Matrona, y a mis compañeras de promoción 1997-1998, por enseñarme a amar cada nacimiento en el que tengo el privilegio de participar. A María Ángeles Romera por su especial y cariñosa acogida en el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca en mis comienzos como matrona, y a todas los y las profesionales del Paritorio en aquellos dieciocho meses, que son inolvidables para mí. A Chitina, Sonia y Concha, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, y a todas las matronas que me han ayudado en mi vida profesional y personal, no solo con motivo de esta tesis, en especial a aquellas que han compartido conmigo sus vidas y sus emociones,

con gran aprecio a Encarna Lozano por haberme dado la luz para ser matrona. Y a todas las supervisoras de los Paritorios de los hospitales de la Región de Murcia, por su colaboración cada vez que las he necesitado.

Al profesorado y compañeros/as de la Licenciatura de Publicidad y Relaciones Públicas de la Universidad de Murcia, en especial a Cristina, Natalia, Maria Ángeles, Victoria, Isa y Ana, con vosotras aprendí a desarrollar mi creatividad. Al profesorado y alumnado de la Universidad Católica San Antonio por ayudarme a madurar mi labor docente e investigadora, en especial a María Dolores García Albarracín, por ser una gran compañera y amiga. A mis compañeros/as del máster de Antropología, principalmente a María Dolores Nicolás, María Dolores Vigueras y César, por vuestro apoyo y afecto.

A Isabel Espiga, del Observatorio de Salud de las Mujeres, por su incansable labor que tanto me ha aportado, a Francisca Fernández por su ayuda legal y personal, y a Josefina Marín, del Servicio Murciano de Salud, por sus sabios consejos, paciencia y dedicación al Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. A las profesoras y compañeros/as del Diploma Salud y Género, de la Escuela Nacional de Salud, por ayudarme a incorporar la perspectiva de género en mi vida. A mis compañeros/as de trabajo, Fina, Paloma, Pepe, Eva, Gustavo, Carmen Vivo, Maite, Francesc, Ana Teresa, Pilar, Paco, Toñi y Belén, por animarme en esta aventura y ayudarme cada uno/a en su especialidad. A mis amigos/as de Lourdes, que no puedo nombrar porque me olvidaría de alguno/a, porque siempre puedo contar con vosotros/as y vuestras oraciones.

A mi amiga del alma: Fuensanta, por todo; de la vida: Lisa, Mariaje, Teresa, Bavy, Ana, Vivi, Blasie, Maite, y de más allá de la vida: Mariló; por los momentos compartidos, los ánimos y las fuerzas para seguir adelante. A sus compañeros, por su saber estar, y a sus hijos e hijas por brindarme la oportunidad de ayudarles a nacer. A Reme y Antonio, Sara, Mª Dolores, Antonio, y a su bebé. A José Andrés y a Rodrigo, por quererme tanto.

A Pepe Fernández-Rufete por su generosidad y saber hacer como director, jefe, amigo y compañero, y por su escucha y ánimos cuando lo he necesitado.

A Carmen Isabel Gómez, por su dedicación incondicional, desde mi nacimiento como enfermera hasta hoy en día, como directora, como amiga y como una madre.

Y a María Jesús Ruiz, mi comadre, amiga, codirectora y compañera en tantos momentos especiales que la vida nos ha regalado. Gracias de corazón.

Índice

Presentación…….. 1

Capítulo 1. Introducción

1.1. Introducción al tema de estudio…… 7

1.2. Planteamiento del problema…… 9

1.3. Justificación y necesidad del estudio……..... 16

Capítulo 2. Objetivos del estudio

2.1. Objetivo General……. 21

2.2. Objetivos Específicos…….. 22

Capitulo 3. Marco teórico

3.1. Teorías y Modelos explicativos…….. 27

3.2. Modelo Médico Hegemónico…….. 32

3.3. Antropología del Nacimiento……... 36

Capítulo 4. Marco conceptual

4.1. Delimitación del término competencia…… 43

4.1.1. Definición de competencia profesional…….. 45

4.1.2. Evaluación de las competencias profesionales……... 48

4.1.3. Competencias profesionales Sanitarias……... 49

4.2. Competencias profesionales de las matronas…….. 50

Capítulo 5. Perspectiva histórica de la formación de las matronas en España

5.1. Antecedentes en aspectos formativos y competenciales de las matronas en España…… 57

5.2. Marco legal y jurídico actual de las funciones de las matronas en España 80

5.3. Programas Formativos de matronas analizados…… 83

5.3.1. Programa Formativo publicado en 1957…… 83

5.3.2. Programa Formativo publicado en 1992……. 85

5.3.3. Programa Formativo publicado en 2009……. 87

5.3.4. Comparativa de los tres Programas Formativos……. 94

Capítulo 6. Delimitación conceptual del Parto Normal

6.1. Parto Normal. Conceptos e implicaciones para nuestro estudio……..... 101

6.1.1. Definiciones de Parto Normal……..... 105

6.2. Parto no intervenido……..... 112

6.3. Parto normal versus parto natural..... 113

6.3.1. Parto normal en libros de Obstetricia..... 116

6.4. Otros tipos de parto……..... 121

6.5. Parto humanizado o humanización del nacimiento..... 122

6.6. Situación actual de la atención al parto en la Región de Murcia..... 127

6.6.1. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud..... 128

6.6.2. Difusión nacional de la Estrategia..... 129

6.6.3. Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia..... 131

6.6.4. Incorporación de una matrona al Proyecto..... 133

6.6.5. Difusión de la Estrategia y el Proyecto en hospitales de la Región 133

6.6.6. Difusión a nivel regional..... 135

6.6.7. Legislación de la Atención al Parto en la Región de Murcia…..... 136

6.6.8. Constitución Consejo Coordinador de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia…..... 141

Capítulo 7. Escenario del estudio

7.1. Contexto sociodemográfico de España y de la Región de Murcia..... 149

7.1.1. Natalidad..... 151

7.1.2. Mortalidad..... 154

7.1.3. Crecimiento Vegetativo..... 155

7.1.4. Proyecciones de Población..... 155

7.1.5. Envejecimiento de la población..... 157

7.1.6. Región de Murcia..... 158

7.2. Descripción de los Hospitales campo de estudio..... 161

7.2.1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia..... 163

7.2.2. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena..... 167

7.2.3. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca..... 170

7.2.4. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz..... 172

7.2.5. Hospital Virgen del Castillo. Yecla..... 174

7.2.6. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier..... 176
7.3. Estadísticas de Partos a Nivel Regional..... 177
Capítulo 8. Diseño metodológico
8.1. Metodología: bases teóricas..... 181
8.2. Fases del estudio..... 182
8.3. Técnicas de recogida de información..... 186
8.3.1. Entrevista..... 186
8.3.1.1. Descripción de las participantes en las entrevistas y Guión de la entrevista..... 190
8.3.2. Cuestionario..... 193
8.3.3. Incidente Crítico..... 195
8.3.3.1. Procedimiento del Incidente Crítico..... 198
8.3.3.2. Descripción de las participantes en el Incidente Crítico ... 200
8.3.4. El grupo de discusión..... 201
8.3.4.1. Diseño del grupo de discusión..... 201
8.4. Proceso y etapas del análisis de contenido..... 203
8.5. Triangulación de la información..... 207
8.6. Validez y fiabilidad/credibilidad y transferabilidad……..……..... 208
8.7. Consideraciones éticas……..... 208
Capitulo 9. Hallazgos del estudio
9.1. Presentación básica de los hallazgos obtenidos..... 213
9.1.1. Datos personales de las matronas entrevistadas..... 215
9.2. Resultados…… 220
9.2.1. Formación..... 220
9.2.1.1. Formación inicial..... 222
9.2.1.2. Formación continuada..... 232
9.2.1.3. Formación y trabajo..... 243
9.2.1.4. Programa Formativo actual..... 249
9.2.2. Atención al Parto Normal..... 253
9.2.3. Competencias Profesionales..... 266
9.2.3.1. Competencias profesionales desarrolladas..... 271
9.2.3.2. Competencias profesionales a desarrollar..... 272
9.2.3.3. Incidentes críticos..... 285

- 1. Contacto piel con piel y no lactancia materna..... 286
- 2. Cesárea electiva por doppler patológico..... 290
- 3. Eclampsia……... 292
- 4. Muerte de recién nacido tras distocia de hombros……. 293
9.2.3.4. Relaciones con otros grupos profesionales……. 295
9.2.3.5. Reconocimiento profesional……... 303
9.2.4. Género y Salud…… 308
9.2.4.1. Percepciones sobre género……. 316
9.2.4.2. Formación sobre género…….. 317
9.3. Consideraciones finales……. 319
9.4. Grupos de madres…… 321

Capitulo 10. Conclusiones y reflexiones finales.

10.1. Conclusiones……... 331
10.2. Reflexiones finales…….. 338

Bibliografía

Bibliografía…….. 343

INDICE DE TABLAS

TABLA I. Programas Formativos. Aspectos teóricos sobre la Atención al Parto. …… 95
TABLA II. Programas Formativos. Programas Formativos. Aspectos prácticos sobre la Atención al Parto ……. 98
TABLA III. Documento informativo de Atención al parto y Nacimiento ……. 145
TABLA IV. Población por Comunidades y Ciudades Autónomas……. 150
TABLA V. Población de España por sexo a 1 de Enero 2013…… 150
TABLA VI. Principales indicadores de natalidad y fecundidad en España…… 153
TABLA VII. Indicadores de mortalidad…….. 156
TABLA VIII. Número de partos 2007-2012. H.C.U. Virgen de la Arrixaca…….. 166
TABLA IX. Número de partos 2007-2012.H.U. Santa Lucía. Cartagena……... 169
TABLA X. Número de partos 2007-2012. H. U. Rafael Méndez……... 172
TABLA XI. Número de partos 2007-2012. H. Comarcal del Noroeste…….. 174
TABLA XII. Número de partos 2007-2012 Hospital Virgen del Castillo……... 175
TABLA XIII. Número de partos 2007-2012. H. U.Los Arcos del Mar Menor…….. 177
TABLA XIV. Número de partos 2007-2012 Región de Murcia……. 178

TABLA. XV. Perfil de las participantes en las entrevistas y cuestionarios……. 191
TABLA. XVI. Perfil de las participantes en el Incidente Crítico…… 200
TABLA. XVII. Temas y subtemas empleados para el análisis…… 214
TABLA. XVIII. Grupos de informantes según el año de finalización de su Especialidad.. 216

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada. ECOE…… 49
FIGURA 2 Evolución de la natalidad 1975-2012…… 152
FIGURA 3. Indicador Coyuntural de Fecundidad y Edad Media a la Maternidad…….. 154
FIGURA 4. Evolución de nacimientos y defunciones por semestres 2008-2013…… 155
FIGURA 5. Crecimiento natural de la población de España…….…….. 156
FIGURA 6. Pirámide de población de España. 1 de enero de 2013……... 157
FIGURA 7. Pirámide de población de España…… 158
FIGURA 8. Pirámide de población de la Región de Murcia.2005…….. 159
FIGURA 9. Pirámide de población de la Región de Murcia.2019…….. 159
FIGURA 10. Hospitales de referencia de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de la Región de Murcia……. 162
FIGURA 11. Número de partos 2003-2012. H.C.U. Virgen de la Arrixaca…… 166
FIGURA 12. Número de partos 2003-2012. C.H.U. Cartagena Santa Lucía…….. 169
FIGURA 13. Número de partos 2003-2012. H. U. Rafael Méndez……. 171
FIGURA 14. Número de partos 2003-2012. H. Comarcal del Noroeste……. 173
FIGURA 15. Número de partos 2003-2012 Hospital Virgen del Castillo……... 175
FIGURA 16. Número de partos 2003-2012. H. U. Los Arcos del Mar Menor……... 177
FIGURA 17. Total regional de los seis hospitales públicos con maternidad. Número de partos 2003-2012…….. 178
FIGURA 18. Guión de la entrevista……. 192
FIGURA 19. Competencia específica: Asistir a la mujer en el proceso de parto. Criterios de realización……... 194
FIGURA 20. Competencia específica: Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata. Criterios de realización ……. 195
FIGURA 21. Matronas en Atención Especializada mayores de 49 años……. 217
FIGURA 22. Porcentaje de Matronas mujeres en Atención Especializada……. 219

FOTOS

FOTO 1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Hospital Materno Infantil…….. 165
FOTO 2. Hospital General Universitario Santa Lucía……. 168
FOTO 3. Hospital Universitario Rafael Méndez……. 171
FOTO 4. Hospital Comarcal del Noroeste……... 173
FOTO 5. Hospital Virgen del Castillo……. 175
FOTO 6. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor…… 176

ANEXOS

ANEXO I. Solicitud al Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de autorización para realizar la investigación.
ANEXO II. Solicitud a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud para realizar la investigación.
ANEXO III. Conformidad para la realización de la investigación.
ANEXO IV. Modelo de consentimiento informado utilizado en la entrevista.
ANEXO V. Cronograma del estudio.
ANEXO VI. Cuestionario.
ANEXO VII. Temas y subtemas.
ANEXO VIII. Noticias en prensa.

ANEXOS CD

ANEXO I. Programa formativo publicado en 1957
ANEXO II . Programa formativo publicado en 1992
ANEXO III. Programa formativo publicado en 2009
ANEXO IV. Formación Proyecto de Atención al Parto Normal
ANEXO V. Gráficos cuestionarios
ANEXO VI. Transcripción entrevistas
ANEXO VII. Transcripción incidentes críticos
ANEXO VIII. Transcripción grupos discusión

Presentación

Desde mi graduación como enfermera en la Universidad de Murcia, en 1992, he trabajado de manera directa con la infancia, y con los padres y madres que acompañaban a sus hijos e hijas durante su proceso de recuperación de la salud dentro del ámbito hospitalario. Posteriormente, y tras mi formación como enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en la Unidad Docente de Matronas del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, de Tenerife, he participado de forma activa en el proceso del nacimiento, no sólo desde una perspectiva práctica sino también teórica, durante los años que he dedicado a la docencia en la Universidad Católica de Murcia, en concreto impartiendo la asignatura de Enfermería Materno-Infantil I.

Al plantearme la obtención del máximo grado académico, uno de los temas que más me han interesado durante los años de mi práctica profesional y en los estudios de doctorado, son las competencias de las matronas en España, en concreto las habilidades, actitudes y/o aptitudes adquiridas a través de los diferentes planes de estudios en los que se han formado las matronas que ejercen su profesión hoy en día. Además, cabe destacar que estas profesionales desarrollan su labor asistencial formando parte de un equipo multidisciplinar, en el que, a pesar de contar cada grupo profesional con una serie de funciones concretas, pensamos que pueden ocurrir encuentros y/o desencuentros a la hora de ofrecer sus cuidados y atención a las mujeres, debido, precisamente al desempeño completo o no de sus propias competencias, como trataremos de comprobar con nuestra investigación.

La realización de la Licenciatura en Publicidad y Relaciones Públicas, me ha posibilitado tener una visión externa de lo que opina la sociedad actual acerca de la profesión matrona y cómo conseguir que el público objetivo, en este caso las mujeres y sus familiares, conozcan las posibilidades que tienen de acudir a su propia matrona para conseguir asesoramiento, acompañamiento y educación para la salud durante prácticamente toda su vida.

Mediante el máster Sociedad y Cultura: Familia, Migración, Desarrollo y Salud/Cuidados, del departamento de Filosofía de Murcia, he podido acceder a diferentes perspectivas de la Historia y la Antropología para entender cómo hemos llegado hasta el momento actual y qué líneas de futuro hemos comenzado a trazar. Todo

ello me sirvió para delimitar las cuestiones teóricas y metodológicas, la hipótesis y los objetivos de mi investigación, plasmados en la Tesis Fin de Máster, titulada: *Percepciones de las matronas sobre la atención a la mujer. Controversias entre la formación y la asistencia,* formando parte posteriormente de mi Proyecto de Tesis Doctoral presentado en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, y que ha constituido el inicio de esta tesis doctoral: *Competencias Profesionales de la Matrona en la Atención al Parto Normal. Estudio Descriptivo de sus Percepciones en la Región de Murcia,* lo que, unido a la investigación realizada para conseguir la titulación de Grado en Enfermería: *Competencias profesionales de las matronas en la Atención al Parto Normal. Un estudio cualitativo,* me ha permitido profundizar aún más en las características profesionales de las matronas con respecto al desarrollo de sus competencias en la Atención al Parto Normal en la Región de Murcia.

Por otra parte, el haber realizado el Diploma de Salud y Género de la Escuela Nacional de Salud, me ha brindado la posibilidad de integrar el enfoque de género necesario en cualquier estudio relacionado con las mujeres, sobre todo en un tema tan importante como es la atención al nacimiento en el momento actual.

El motivo de elegir la Atención al Parto Normal como escenario principal de mi investigación, parte del trabajo que actualmente desarrollo como Coordinadora Técnica del Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, en la Consejería de Sanidad y Política Social, y de las inquietudes que me han ido surgiendo durante los años de ejercicio asistencial como matrona, en el Hospital Rafael Méndez de Lorca y en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, además de los años dedicados a la formación, gestión e investigación, formando parte del Espacio Sociosanitario de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, hoy denominada de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano. El estudio se ha hecho extensivo a los seis hospitales públicos que cuentan con maternidad dentro la Región, y en concreto, sobre algunas de las matronas que desarrollan en ellos, día a día, su labor profesional, con el propósito de hacer extensivo los resultados obtenidos, al conjunto de este colectivo profesional.

En el primer capitulo de la presente tesis doctoral abordamos, desde una perspectiva teórica, diferentes aspectos que consideramos esenciales para nuestro estudio, como son una introducción al tema que nos ocupa, el planteamiento y

desarrollo del problema, continuando con la justificación y necesidad detectada para realizar nuestra investigación.

A continuación, y dentro del segundo capítulo, presentamos los objetivos, tanto general como otros más específicos, que pretendemos alcanzar y, en el capítulo tercero, desarrollamos el marco teórico en el que nos hemos basado a través de la delimitación de las entidades que contemplamos en nuestro estudio y posicionándonos en el Modelo de la Fenomenología de la Percepción, desarrollado por Merleau-Ponty, desde el que estudiamos los diferentes conceptos de la percepción, así como un breve recorrido a la atención al nacimiento en España desde la Antropología.

En el capítulo cuarto, desgranamos los significados y acepciones del término competencia, y a qué nos referimos cuando hablamos de las competencias profesionales de las matronas, fundamentalmente aquellas que se circunscriben a la atención al parto y nacimiento.

Seguidamente, en el capítulo quinto, realizamos un recorrido por lo que ha sido la formación de las matronas en España durante el siglo XX hasta el momento actual, y los distintos acontecimientos relacionados con nuestro tema de estudio, las competencias de las matronas, teniendo en cuenta no sólo la perspectiva histórica de los documentos publicados, tales como los planes de estudios en los que se han formado las matronas que ejercen su profesión en la actualidad en España, sino también las repercusiones que ha tenido y tiene sobre ellas la regulación y legislación existente en cada momento, tanto a nivel formativo como competencial.

En el sexto capítulo, hacemos una reflexión acerca de lo que es un parto normal, qué implicaciones conllevan estas dos palabras, y en qué circunstancias encontramos esta situación, escenario de nuestro estudio, así como otros tipos o denominaciones del parto, y cómo es la asistencia y/o atención al parto en la Región de Murcia en estos momentos y su influencia en las matronas entrevistadas.

Dentro del capitulo séptimo, describimos el escenario de nuestro estudio y las características asistenciales de cada hospital en el que tiene lugar la actividad profesional de las matronas entrevistadas. Seguidamente, y ya en el octavo capítulo, desarrollamos el diseño metodológico que hemos empleado, a través de las diferentes técnicas de recogida de información, que nos han facilitado acercarnos a diversos aspectos que influyen en el desarrollo competencial de las matronas en la Región de Murcia, así como el procedimiento que hemos llevado a cabo para analizar los datos

recogidos. Por último, en el capítulo noveno, aportamos los hallazgos obtenidos en nuestro estudio y, en el décimo, las conclusiones a las que hemos llegado así como las reflexiones finales que aportamos fruto de nuestra investigación, teniendo en cuenta las limitaciones encontradas.

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

1. 1. Introducción al tema de estudio

Nos encontramos en un momento de grandes cambios en nuestra sociedad, cambios económicos, culturales y sociológicos, que influyen en nuestras costumbres y maneras de pensar y actuar. En concreto en el tema que nos ocupa, y nos preocupa, el nacimiento de los seres humanos, vemos que los conceptos y actitudes que existen alrededor de todo el proceso, tanto de la gestación, la bienvenida a un nuevo miembro de la familia, como de la crianza, que hace unos años eran relevantes, se han ido sustituyendo por otros modelos diferentes que, en la actualidad, cobran mayor importancia, sobre todo como consecuencia de los últimos estudios e investigaciones en vigor. En el momento actual, tenemos la convicción, firmemente fundamentada en diferentes argumentos como veremos posteriormente, de que existen dos líneas bien diferenciadas entre sí: una línea que orienta su disciplina y pensamientos hacia la tecnología más tecnológica y mecanizada, y otra línea que orienta sus bases y principios en lo más natural, en el sentido más amplio del concepto, que parecen buscar, en determinados momentos, tímidos acercamientos, y propician, asimismo, distanciamientos no tan tímidos, según en qué contextos, y en función de las propias personas que estén implicadas en cada momento, sean profesionales sanitarios/as o no. Estas dos líneas, en el contexto del nacimiento, podemos enmarcarlas por un lado en el parto medicalizado, tecnocrático y basado en el modelo biomédico[1] imperante en un periodo más o menos largo, y del que hablaremos posteriormente, y en el parto normal, natural, humanizado y/o respetado que es hacia el que se pretenden dirigir nuestros esfuerzos desde numerosos organismos, asociaciones, y un sector de la población como exploraremos a continuación. En una época en la que las personas de mi generación ya nacíamos en los hospitales y donde lejos quedan ya las historias de los nacimientos acaecidos en las casas de nuestras abuelas y abuelos, en el calor del hogar y acompañadas por la comadrona del pueblo, normalmente mujer, y si era necesario, con la ayuda del médico, normalmente hombre, estamos aprendiendo a cambiar lo necesario para integrar lo bueno del pasado con lo nuevo del presente, impregnando nuestro conocimiento y acciones que nos ayuden a trazar las líneas de actuación futuras.

[1] Modelo Biomédico. Este modelo está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio, y se refiere a una estructura que se define por examinar, clasificar y tratar las enfermedades. Responde a una orientación centrada en la patología y define la salud como ausencia de enfermedad.

Por otra parte, el sistema sanitario actual nada tiene que ver con la asistencia que se proporcionaba hace unos años, más centrada en la familia. Ahora, el centro hospitalario de referencia es el que hace las veces, en muchas ocasiones, de lugar de reunión para las familias en momentos tan importantes como son la llegada y la salida de este mundo. Fue alrededor de los años sesenta cuando comenzaba a ser una norma que los partos se produjeran en los hospitales o clínicas, tras un esfuerzo de las autoridades de nuestro país por mejorar los resultados de morbimortalidad materno infantil, terminando de consolidarse en los años noventa[2]. Estos cambios han ido unidos, además, a una mejora en las condiciones de vida, de alimentación y salubridad[3], y no sólo debidos a los cuidados proporcionados en un ámbito hospitalario, desde el que se ha ofrecido una sensación de seguridad en todas las acciones y prácticas clínicas desarrolladas en este ámbito, que tanto la Organización Mundial de la Salud[4] como desde otros organismos se han encargado de matizar.

No nos vamos a detener en opinar si es mejor que el nacimiento acontezca en uno u otro entorno, pues éste no es el motivo de nuestro estudio, aunque sea un tema de debate en casi todos los foros y ámbitos del nacimiento en el momento actual. Creemos que ésta es una cuestión que cada persona debe decidir a la luz de las evidencias científicas actuales y de sus propias convicciones personales. En nuestro estudio pretendemos profundizar en las y los profesionales que, desde hace mucho tiempo, han acompañado y siguen acompañando a la mujer en ese momento tan especial como es el de dar la bienvenida a un hijo o hija en las mejores condiciones posibles, cómo ha cambiado su formación a lo largo de la historia y cómo, aun a día de hoy, sigue modificando el perfil que conoce la sociedad en la que se encuentran inmersas, tras diferentes épocas de distinto reconocimiento tanto social como profesional.

En este punto señalamos que, dado que la mayoría de estas profesionales son mujeres, hemos querido mantener el término matrona en femenino durante toda la redacción de esta tesis doctoral, con el objetivo, por una parte, de visibilizar aun más si cabe una profesión eminentemente femenina, a pesar del reconocimiento del término

[2] Blázquez, M. Ideologías y Prácticas de Género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio: El caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid. (Tesis Doctoral).Tarragona, Universidad Rovira i Virgilli. 2009. p.32.
[3] Montes, M.J. Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. (Tesis doctoral).Tarragona. Universidad Rovira i Virgili. 2007. p.32.
[4] Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1996. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

matrón en la próxima edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española[5], (aunque posteriormente modificada, como aclaramos en la nota al pie de esta página), y por otra parte con esto pretendemos preservar en todo momento la confidencialidad de nuestras y nuestros informantes, ya que pensamos, que una posible mención a algunos de nuestros informantes masculinos, al ser un grupo con un número menor en relación a las matronas mujeres en la actualidad y en nuestro contexto, podría señalar su identificación en un momento determinado, dificultando por tanto la fiabilidad de la investigación.

1. 2. Planteamiento del problema

Desde el comienzo de una nueva vida se producen muchas sensaciones, emociones, sentimientos y cambios físicos nuevos, no sólo en la mujer que gesta al nuevo ser, sino también en las personas que la rodean. Esto ha hecho que la mayoría de las mujeres embarazadas busquen a otra persona con experiencia para sostenerla y acompañarla en ese momento único de su vida. En la figura de la comadrona y/o partera, la parturienta ha encontrado generalmente el apoyo que necesitaba, seguido en algunas ocasiones de familiares y/o amigas. En estos momentos queremos averiguar si es la matrona, tal y como la conocemos en la actualidad, la persona que la mujer elige en primer lugar para encontrar dicha atención y cuidados, o, si por el contrario busca a otras personas o profesionales, a través de los discursos de un grupo de matronas seleccionadas y en relación al desarrollo de sus competencias. Hemos de añadir que la profesión de matrona pertenece a una disciplina que se enmarca dentro de las llamadas Ciencias de la Salud y que a lo largo de la historia ha experimentado una serie de cambios, tanto en sus funciones como en su formación, llegando hasta nuestros días el término *Matronería* como el cuidado que ofrece la matrona para dar respuesta a las necesidades de salud planteadas en la reproducción humana o que tengan relación, utilizando el arte y la ciencia de la Enfermería, de la Obstetricia y de las Ciencias

[5] Matrón, na. Real Academia de la Lengua Española. Artículo enmendado. Avance de la vigésima tercera edición. Primer significado: m y f. Persona especialmente autorizada para asistir a las parturientas. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=matron. En una consulta posterior a esta misma página, aparece la siguiente mención al término matrón: La palabra *matrón* no está registrada en el Diccionario. La que se muestra a continuación tiene formas con una escritura cercana. Haciendo referencia al término matrona y sus significados. (Del lat. *matrōna*). **1.** f. Mujer especialmente autorizada para asistir a las parturientas **2.** f. En las aduanas y oficinas semejantes, mujer encargada de registrar a las personas de su sexo **3.** f. Madre de familia, noble y virtuosa. [Internet]. [Consulta el 12 julio 2013] Disponible en http://lema.rae.es/drae/?val=matron

Sociales y Humanísticas. Las modificaciones históricas, asistenciales, legales y académicas han sido necesarias para poder adecuar dicha profesión a la evolución de la Obstetricia, dado que, aunque tuvo una importancia destacada en épocas pasadas[6], su relevancia se ha visto relegada durante mucho tiempo y esto ha propiciado que estas profesionales reivindiquen su papel en numerosas ocasiones.

En la actualidad, la definición de matrona[7], según la Confederación Internacional de Matronas[8] es la siguiente:

> *"Una matrona es una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona»; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería.*
>
> *La matrona es reconocida como profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidado para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia.*

[6] Cabré, M. y Ortíz, T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX. Barcelona. Icaria. 2001.

[7] Definición internacional de matrona de la Confederación Internacional de Matronas (International Confederation of Midwives). Revisada el 15 de junio de 2011 en la Reunión del Consejo en Durban, la siguiente revisión tendrá lugar en 2017 [Internet]. [Consulta 16 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/global/espa%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html

[8] La Confederación Internacional de Matronas (ICM) es una federación de asociaciones de matronas que representa a varios países alrededor del mundo. La ICM trabaja estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y con los gobiernos, en apoyo de la maternidad segura y las estrategias de atención primaria de salud. En España forman parte de dicha confederación la Federación de Asociaciones de Matronas (FAME), la Asociación Nacional de Matronas y el Consejo General de Enfermería en su vocalía de matronas.[Internet]. [Consulta 16 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/

La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil.

Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud".

En esta definición se ponen de manifiesto varios aspectos que queremos destacar:

a) En primer lugar señalamos la referencia al programa formativo del país de la matrona en formación, que ha de estar basado en las *Competencias Esenciales para la práctica de la partería y las Normas globales de la formación de la partería de la Confederación Internacional de Matronas,* cuya materialización en nuestro ámbito de estudio analizaremos en los capítulos cuarto y quinto. Asimismo, constatamos que es más frecuente en determinados países, principalmente en Sudamérica, la denominación de partera[9]. Por el contrario, en España, el término más conocido y utilizado en la actualidad es el de *matrona* y/o *comadrona*, *comare* (en Valencia y Mallorca) y *llevadora* (en Cataluña).

b) En la definición se incide además en la necesidad de *obtención del título para ejercer la profesión* y la *demostración de su competencia para el ejercicio de la partería*, lo que igualmente indagaremos en capítulos posteriores.

c) Destacamos el reconocimiento a estas profesionales como responsables, y el desarrollo de su trabajo *en colaboración con las mujeres para dar apoyo y consejos durante el embarazo, parto y postparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y proveer cuidado para el recién nacido y el niño.* Por tanto, su trabajo no se enmarca tan solo en la atención a la mujer en el momento del parto, sino que se extiende al periodo del embarazo, al postparto y a los cuidados dirigidos a su criatura, como veremos a lo largo de toda nuestra investigación.

[9] Alarcón-Nivia M.A., Sepúlveda-Agudelo, J. y Alarcón-Amaya I.C. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2. Abril-Junio 2011. pp.188-195.

d) Como acciones destacadas en este cuidado, se incide en las *medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia.* Todas estas cuestiones imprescindibles dentro de las actividades propias de las matronas, entre las que destacamos, por ser uno de los objetivos principales de nuestro estudio, el favorecimiento del parto natural.

e) Por último, señalamos su tarea de *consejera en salud y educación, no solo de la mujer,* sino también de la familia y la comunidad. Entre las actividades que desempeña, se deben incluir *los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil.* Observamos la referencia a las tareas y actividades que realiza una matrona, que enlazaremos con sus competencias posteriormente.

f) En cuanto a los lugares en los que puede ejercer, se enumeran los siguientes emplazamientos: *el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud*. En nuestro país los principales ámbitos de trabajo son: el hospitalario (público y privado) y atención primaria de salud, formando parte de un equipo multidisciplinar, incluyendo la atención a la mujer y a la comunidad.

Tras este breve análisis de la definición de matrona para la Confederación Internacional de Matronas y plantear la descripción del problema detectado, queremos conocer con nuestro estudio cuáles, de las características más relevantes que destaca esta definición, están contempladas en la actualidad dentro del ámbito de actuación de las matronas en España, y más concretamente cuáles son las percepciones de diferentes enfermeras que han cursado la especialidad Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y que desarrollan su labor profesional en los seis hospitales estudiados, con respecto a la puesta en práctica de las competencias que adquieren durante su especialidad, concretamente durante la atención al parto.

Hemos tenido en cuenta que, en la actualidad, coexisten tres grupos diferenciados según el año en el que finalizaron sus estudios de matrona:

- Por una parte, nos encontramos algunas profesionales que terminaron antes del año 1987, último año en el que las Escuelas de Matronas estuvieron abiertas en España y a partir del cual se mantuvieron cerradas durante algunos años, circunstancia que posteriormente describiremos.

- Un segundo grupo cuya formación tuvo lugar entre 1994, (año en el que finaliza la primera promoción de matronas con un nuevo planteamiento de formación, es decir el modelo de residencia), y 2008, que es, si cabe, el grupo más numeroso de matronas que están trabajando en la actualidad.
- Y por último el tercer grupo, matronas que finalizaron su Especialidad a partir de 2009, es un grupo aun pequeño pero emergente de profesionales cuya formación se ha visto influenciada por el último programa formativo publicado ese año.

Estos tres grupos se han formado en función del Programa Formativo vigente en cada momento:

El primero de ellos cursó sus estudios siguiendo el Programa publicado en el año 1957[10]; el segundo, con el Programa Formativo del año 1992[11] y, las matronas que se están formando en la actualidad, cuyo Programa se publicó en 2009[12]. Realizaremos una comparación de todos los contenidos en relación a la atención al parto de estos programas en el capítulo quinto, y su influencia en nuestro estudio.

En nuestro sistema sanitario trabajan también, en la actualidad, algunas matronas que se han formado en otros países europeos con un plan de estudios o programa formativo, similar al español, en tanto en cuanto son convalidados en nuestro país[13], y de las que pretendemos comprobar, a través de los discursos de una de ellas formada, en este caso, en Inglaterra, si consideran que su aprendizaje es similar al ofrecido en las Unidades Docentes Nacionales en relación a la atención al parto, sobre

[10] Orden de 23 febrero de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 95, p. 119, de 5 de abril 1957. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/059.1957%20_%282%29.pdf

[11] Orden de 1 de junio de 1992 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). Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. Boletín Oficial del Estado núm.132. pp. 18569-18572. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1992/06/02/pdfs/A18569-18572.pdf

[12] Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf

[13] Real Decreto 279/1994 de 18 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 10 17/1991, de 28 de junio, que 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 BOE núm 72. pp. 9655-9656 [Internet]. [Consulta 16 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/1994/03/25/pdfs/A09655-09656.pdf

todo a la hora de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas durante su formación como matrona o, por el contrario, si encuentran diferencias entre ambos.

También queremos conocer cuál es el grado de correspondencia reconocido entre el nivel de formación no sólo durante su Especialidad, sino incluyendo también la formación continuada posterior, y la práctica clínica profesional, teniendo en cuenta asimismo, su relación con otros colectivos profesionales. Para finalizar, queremos cuantificar, en la medida de lo posible, el grado de satisfacción sentido y expresado en relación con su reconocimiento personal y profesional.

Con todo esto nuestra intención es llegar a construir las representaciones y valores que otorgan las matronas a las prácticas que definen su desarrollo profesional actual y el contexto relacional con otras profesiones sanitarias proveedoras de asistencia e intervención en un ámbito bien definido como es la atención al parto en el Servicio Murciano de Salud. Es importante destacar que, en nuestra sociedad, se ha modificado de una forma continua el cómo y quiénes realizan los cuidados durante el proceso del nacimiento, pasando de ser un acontecimiento privado a la esfera de lo público y social, con un gran valor político y económico, tal y como afirma Ortiz[14].

Sobre este aspecto haremos una reflexión de lo que ha sido la instrumentalización y medicalización de todo el proceso reproductivo en el contexto en el que nos encontramos, dentro de la Comunidad Económica Europea, en la que además encontramos diferentes modelos asistenciales incluso dentro de cada país que conforma esta Comunidad Económica y en función de cada sistema sanitario. Asimismo, constataremos la evolución del perfil de las matronas desde que conocemos su existencia hasta nuestros días, su valoración tanto social como profesional, si se han producido cambios en cuanto a la atención al parto en el Sistema Nacional de Salud, desde la publicación, en el año 2007, de la Estrategia de Atención al Parto Normal[15] por el entonces llamado Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y cómo afrontan estas profesionales el futuro desarrollo de esta especialidad de Enfermería desde la aprobación del último programa formativo de estudios, teniendo en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, en su

[14] Ortiz, T. La educación de las matronas en la Europa moderna ¿Liberación o subordinación? En: Cristina Segura Graíño (ed.) De leer a escribir I. La educación de las mujeres: ¿libertad o subordinación? Madrid, Asociación Cultural Al-Mudayna, 1996b, pp. 155-170.

[15] Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Noviembre 2007. Coordinación: Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf

Guía Práctica de Cuidados en el Parto Normal, anteriormente citada, constata que *la matrona es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal*[16].

Sin embargo, aunque en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, *las matronas o no existen o simplemente trabajan en grandes hospitales donde sirven de meras ayudantes a los obstetras*[17], la reciente publicación de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal por el Ministerio de Sanidad y Política Social[18], en la que se recomienda, con un nivel de evidencia A[19], que *los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de las matronas, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad*[20], ha propiciado numerosas reacciones entre los y las profesionales que hemos incluido en nuestra investigación. Y es que la atención al parto, como práctica que ha evolucionado a lo largo del tiempo y que ha acompañado el desarrollo de la especie humana, ha estado influida por el desarrollo de la profesión médica[21] y su impacto sobre las prácticas sanitarias. Además, nos damos cuenta de que la forma de entender el parto de los humanos, la asistencia sanitaria actual y los conceptos que se manejan en los medios de comunicación, tal y como mostraremos a continuación, han hecho que se produzca un amplio debate acerca de las funciones de todos/as los y las profesionales que atienden a la mujer y a su familia durante todo el proceso del nacimiento.

Por último, y dado que nuestro estudio lo hemos centrado en la Atención al Parto Normal, profundizaremos sobre diversos conceptos empleados en algunas ocasiones, de forma, creemos, inadecuada para denominar al parto, como son: parto

[16] Cuidados en el Parto Normal. OMS. op.cit. p..8.
[17] Ibíd. p. 9.
[18] Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01 [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf
[19] Grado de Recomendación A: Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Versión completa. Ibíd. p. 21.
[20] Ibíd. p.23.
[21] Menéndez, E. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Ensayos entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000. p.163-88. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf

normal, natural, humanizado, principalmente, debido a numerosas implicaciones sociales, culturales e incluso sanitarias que tienen lugar según la terminología empleada.

Para poder realizar un acercamiento a todas estas cuestiones, nos hemos propuesto realizar nuestra investigación dentro de la Región de Murcia en la que, desde el año 2007, se está desarrollando el Proyecto de Atención al Parto Normal, inicialmente denominado Proyecto de Humanización y Naturalización del Parto, que desarrollaremos más ampliamente en el capítulo 6, con el que se pretende: *Mejorar la atención al nacimiento manteniendo los niveles de seguridad y calidad actuales y promoviendo la participación de las mujeres y sus parejas en su proceso reproductivo*. En este Proyecto están incluidos los seis hospitales con maternidad existentes en la Región de Murcia y se enmarca dentro de la citada Estrategia del Sistema Nacional de Salud. Haremos un recorrido por algunas de las acciones que se han realizado en esta Comunidad Autónoma, con la particularidad de ser uniprovincial, y los cambios que se han producido, tanto a nivel asistencial como a nivel profesional, desde la puesta en marcha de dicho Proyecto, y cómo repercute este nuevo concepto de Atención en las relaciones entre los y las profesionales que intervienen en la atención al embarazo, parto y puerperio en la Región de Murcia.

1.3. Justificación y necesidad del estudio

Consideramos que, tanto la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el año 2007, coordinada por el Observatorio de Salud de la Mujer y el Sistema Nacional de Salud a través de la Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo, las últimas recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia[22] (SEGO) con respecto al Parto Normal[23], en ese mismo año como la Iniciativa Parto Normal[24] (IPN)

[22] La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) es la Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España. Con sus más de 120 años de existencia tiene el privilegio de ser la Sociedad Científica más antigua de nuestra especialidad en toda Europa. Fue fundada en Madrid el 14 de Junio de 1874, bajo la presidencia del Dr. Francisco Alonso Rubio, con objeto de" estudiar a la mujer en los diferentes estados de su organismo". En 1987, con ocasión del XXIII Congreso Español celebrado en Oviedo, cambió la anterior denominación de Asociación de Ginecólogos Españoles (AGE) por el actual de Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). [Internet]. [Consulta 16 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.sego.es/organizacion/sociedad#content

[23] Recomendaciones Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la asistencia al parto. 2007. Sustituyen al Protocolo de Asistencia al Parto Normal publicado en 2003. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

[24] Iniciativa Parto Normal (IPN). Esta campaña está dirigida básicamente a las matronas que trabajan en la atención al parto en los hospitales y también aquellas que realizan el control del embarazo o imparten

de la Federación de Asociaciones de Matronas de España[25] (FAME), han supuesto un punto de inflexión en la asistencia y atención al parto en España. Hasta ese momento, la organización de las actividades realizadas con respecto al nacimiento, en cada uno de los centros que disponen de maternidad, se ha visto sujeta, en mayor o menor medida, a la existencia o no de protocolos que han marcado las líneas de actuación en este proceso.

La justificación de la propuesta de investigación parte de la hipótesis por la que las profesionales matronas están capacitadas, a través de un programa formativo teórico y práctico bien estructurado y reconocido en el marco legislativo actual, al desempeño de su profesión, en concreto, de todas las competencias que contempla dicho programa formativo. Creemos que existen algunos matices dentro de la realidad asistencial, en estos momentos, que pueden influir en su desarrollo profesional, por lo que consideramos importante analizar sus percepciones, concretamente, en cuanto al desarrollo de sus competencias durante la atención a la mujer y a su criatura a lo largo de todo el proceso del nacimiento, lo que nos dará una visión de la situación personal y emocional de estas profesionales.

La metodología de trabajo consistirá en una amplia revisión de los textos bibliográficos seleccionados, así como de otras fuentes secundarias, como informes, noticias y artículos de opinión, además de diversos documentos oficiales, que contemplan la implicación de la matrona en la atención a las mujeres en el momento de sus partos a lo largo de la historia y cómo se reproducen una serie de situaciones en nuestros días, teniendo en cuenta que la formación universitaria aún está enfocada en una ideología fundamentalmente biomédica[26]. Por todo esto, el siguiente paso será conocer de primera mano, mediante un estudio cualitativo, cuáles son las opiniones, percepciones y emociones de algunas de las matronas pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, con las que poder analizar y tomar el pulso a la situación actual de

educación maternal en atención primaria. La campaña incluye la elaboración de un documento de consenso elaborado por y para las matronas. Los objetivos principales son: sensibilizar y fortalecer a las matronas en sus competencias para asistir partos normales; crear opinión entre las mujeres y la sociedad sobre la asistencia al parto normal por las matronas; reflexionar con las sociedades científicas sobre la importancia del parto normal, así como ser un referente en el Ministerio de Sanidad y en las respectivas Consejerías de Salud. [Internet]. [Consulta 16 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.federacion-matronas.org/ipn

[25] La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) nace como respuesta a la demanda del colectivo de matronas, puesto que no existía ninguna organización con estructura federativa, el 6 de noviembre de 2003 en Valencia. [Internet] [consulta 16 de febrero de 2012]. Disponible en. http://www.federacion-matronas.org/quienes-somos

[26] Menéndez, E. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica. Nueva Antropología, año VI, nº 23, México. 1984.

la atención al parto en nuestra Región, llegando a proponer sugerencias y propuestas de mejora avaladas por diversos grupos de mujeres que han sido atendidas en sus procesos de parto en nuestro sistema sanitario.

CAPÍTULO 2
OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. Objetivo general

Con nuestra investigación pretendemos explorar la vivencia de las matronas en relación a sus propias competencias profesionales y durante el desarrollo de su labor profesional, dentro de los seis hospitales que cuentan con maternidad en la Región de Murcia. Para ello, pretendemos conocer qué necesidades se plantean para conseguir abordar dichas competencias de una forma integral, qué sentimientos y pensamientos emergen en diferentes situaciones concretas y qué conocimientos poseen tras su formación a través de los diferentes planes de estudios vigentes en cada momento en nuestro país.

Por todo lo expuesto anteriormente, el objetivo general que nos marcamos es indagar y analizar en las percepciones y significaciones que poseen las matronas acerca de sus competencias profesionales, en concreto, las que se circunscriben a la atención al parto. Para su consecución, hemos tenido presente que las experiencias de cada profesional son producto de una construcción personal y expresan un conjunto de representaciones prácticas que tienen mucho que ver con el modelo asistencial sanitario actual y el modelo hacia el que se encaminan los pasos en la actualidad. La estrategia teórico-metodológica de la que partimos pretende profundizar desde el punto de vista de un grupo de matronas, pertenecientes al Servicio Murciano de Salud, a través de sus propios discursos acerca de cómo se sienten al desempeñar sus funciones tras haber recibido una formación especializada. Con esta perspectiva, definimos los diferentes objetivos específicos:

2.2. Objetivos específicos

Para dar respuesta a nuestro objetivo general, consideramos que es necesario definir una serie de objetivos específicos que nos permitan explorar los sentimientos y emociones que describen las matronas seleccionadas en nuestra investigación. En primer lugar pretendemos:

1. *Revisar y analizar las competencias profesionales contenidas en el programa formativo actual de las matronas, principalmente en relación a la atención al parto, y comprobar cuáles de dichas competencias son reconocidas como propias por las informantes seleccionadas, destacando el nivel de correspondencia entre el nivel de formación y la práctica clínica profesional.*

En este punto, y dado que pretendemos ahondar nuestros conocimientos en las sensaciones personales que impregnan el desempeño profesional de este colectivo hemos querido:

2. *Describir y analizar las percepciones de las matronas de la Región de Murcia, con respecto al desarrollo de sus propias competencias, y las influencias que perciben acerca de su relación profesional y personal con otros/as profesionales que participan en la atención al parto.*

También nos ha parecido muy necesario, para explorar en el conocimiento de las competencias profesionales de las matronas:

3. *Apreciar el momento en el que las matronas entrevistadas consideran que han adquirido las habilidades suficientes para llevar a cabo cada una de las actividades que contempla el programa formativo actual en relación a la atención al parto y al recién nacido.*

En el manejo de diferentes situaciones que pueden tener lugar como consecuencia del trabajo dentro de una institución regulada de una forma determinada, hemos estimado oportuno:

4. *Describir y analizar algunas situaciones críticas en las que se pongan en práctica determinadas competencias necesarias para afrontar una determinada práctica clínica y los sentimientos que genera dicha situación en las profesionales analizadas.*

Por otra parte, en el contexto de relaciones profesionales, hemos visto la necesidad de:

5. *Profundizar en las relaciones entre profesionales y las articulaciones de poder dentro del sistema sanitario, con respecto a la atención a la mujer y su influencia en las representaciones, discursos y prácticas de los y las profesionales matronas en la Región de Murcia.*

Como último objetivo hemos querido acercarnos a los sentimientos de reconocimiento, de pertenencia a un colectivo, de alianzas o no con otros profesionales de un equipo multidisciplinar a través del siguiente objetivo:

6. *Conocer el reconocimiento profesional percibido y expresado por las matronas entrevistadas y descubrir y analizar qué sentimientos y emociones genera dicho reconocimiento en estas profesionales.*

CAPÍTULO 3
MARCO TEÓRICO

3.1. Teorías y modelos explicativos

En este capítulo desarrollaremos el marco teórico que ha guiado nuestra investigación, a través del cual hemos sustentado el argumento principal con respecto a las percepciones de las matronas en relación al desarrollo de sus competencias profesionales en el parto normal. Es por esto que pretendemos enlazar ambos conceptos, es decir, percepciones y competencias, para tratar de encontrar sinergias y puntos en común desde un conjunto de teorías que nos guíen en nuestro planteamiento inicial, y con las que establecer un hilo conductor entre nuestra hipótesis principal y los resultados obtenidos con la presente investigación. A través de estas teorías, conseguiremos afianzar nuestro estudio en unas bases sólidas con las que incorporar los descubrimientos obtenidos a los lugares de trabajo de estas profesionales y con ello contribuir a la mejora, no sólo de la calidad asistencial que se ofrece en la actualidad por parte del sistema sanitario en relación a la atención al parto, sino, y esto creemos que es si cabe más importante, a favorecer el aumento de la satisfacción personal y profesional de las matronas en el desempeño de su trabajo, lo que pensamos influirá en un mejor desempeño de su profesión, e indirectamente, en los cuidados que prestan.

Hemos fundamentado nuestra investigación dentro del Paradigma de la Investigación Cualitativa, puesto que creemos es la mejor forma de acercarnos a nuestro objeto de estudio, ya que pretendemos comprender un fenómeno de naturaleza humana, una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona[27]. Dentro de este tipo de investigación, hemos seleccionado la fenomenología como el método más adecuado, dado que estudia el mundo percibido y no un fenómeno en sí mismo[28]. Concretamente vemos que la fenomenología eidética o descriptiva es la que nos puede ayudar a describir el significado de una experiencia a partir de quienes han tenido dicha experiencia[29], e interpretar de una forma más precisa, las percepciones de las

[27] De la Cuesta, C. Desafíos de la investigación cualitativa. Nure Investigación [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013] Disponible http://www.nureinvestigacion.es/firma_obj.cfm?id_firma=37&ID_FIRMA_INI=1&paginacion=2

[28] De la Cuesta, C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación, nº 25, Noviembre-Diciembre 06. [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013] Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf

[29] Zichi, M. y Omery, A. (2003). Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En: Morse, J. (Editora). Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. pp. 160-182. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

profesionales entrevistadas, como veremos en el desarrollo del análisis de los datos en el capítulo 10.

La fenomenología es, además de una filosofía, un enfoque y un método, según Husserl[30]. Este término deriva de la palabra griega *fenomenon,* que significa "mostrarse a sí mismo"[31], y en ella se contemplan una serie de criterios como la credibilidad, la posibilidad de confirmación, el significado dentro de un contexto, la saturación y la posibilidad de transferencia de los hallazgos encontrados[32], que nos ayudarán en el desarrollo de nuestra investigación. Con este método buscamos descubrir los significados de los fenómenos experimentados por nuestras informantes a través del análisis de sus descripciones[33]. Alfred Schütz[34] generó su propia versión de la teoría sociológica fenomenológica a través de la fusión de las teorías de Max Weber y Edmund Husserl, manifestando que la idea que tenemos de sociedad se construye dentro del grupo social en el que hemos sido socializados, es decir, que la sociedad es un fenómeno más de nuestra visión del mundo y de los fenómenos y procesos que la constituyen.

Por otra parte, vemos que un fenómeno es, precisamente, *la percepción que un individuo tiene de algo en el mundo, que, una vez percibido, pasa a ser parte de la realidad para él*[35], y, aunque cada individuo perciba las mismas realidades que otros, lo hace a su manera, de forma diferente, según sus habilidades sensoriales, la cultura en la que se formó, y según los libros que haya leído, la música que haya escuchado, costumbres e incluso si profesa alguna religión, además de pertenecer a uno u otro grupo social. Todo esto hace que cada persona exprese diferentes cosas en cuanto a su interpretación del mundo.

[30] Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Madrid. Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 68.
[31] Heidegger, M.. en: MacQuarrie, J.; y Robinson, E. Being and time. Nueva York: Harper &Row. 1962.
[32] Leininger, M. Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En: Morse, J. (Editora). Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. pp. 114.-138. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. 2003.
[33] Solano, Mª. C. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Cultura de los Cuidados, 2006, núm.19. pp. 5-6.
[34] Leal, R. Aportes teórico-metodológicos de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. Alpha n° 25 diciembre 2007. pp.215-225. [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012007000200015&script=sci_arttext
[35] Berger, P.y Luckman T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu. 1986.

Vargas[36] afirma que el término percepción ha sido empleado de forma indiscriminada para designar diferentes aspectos relacionados con las actitudes, valores sociales o las creencias de los grupos sociales, debido a que sus fronteras se traspasan en determinadas ocasiones. Añade, además, que la percepción depende *de los estímulos físicos y sensaciones involucradas*, así como de la *selección y organización de dichos estímulos y sensaciones,* con lo que se construye el pensamiento simbólico de cada individuo, teniendo en cuenta las estructuras culturales, ideológicas, sociales e históricas con las que los grupos sociales conforman su propio entorno. Concluye que la percepción depende de la ordenación, clasificación y elaboración de sistemas de categorías en base a una serie de referentes aprendidos con los que conformar evidencias a través de que las sensaciones adquieren significado y son interpretadas en relación a eventos ocurridos anteriormente. También destaca que, desde la psicología, se ha definido la percepción como el *proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social*. En nuestro caso, al estudiar las percepciones de las matronas, pretendemos identificar cuáles son sus propias interpretaciones de determinadas situaciones a las que se enfrentan dentro del ámbito hospitalario principalmente, en relación a su participación en la atención al parto. En este proceso cognitivo intervienen, además, otros aspectos psíquicos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización, factores imprescindibles a tener en cuenta, sobre todo a la hora de adquirir las competencias propias de una determinada profesión, en este caso la de matrona, y contempladas dentro de su programa formativo y los juicios que elaboran a través de su propio reconocimiento de una serie de símbolos determinados como veremos a lo largo de nuestra investigación.

Por otra parte, encontramos que desde el Interaccionismo Simbólico[37] se propone estudiar la interpretación, por parte de los actores, de los símbolos nacidos de sus actividades interactivas, y fue Blumer[38] quien estableció las tres premisas básicas de esta corriente:

1) Los humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de las significaciones que estas cosas tienen para ellos;

[36] Vargas, L.M. Sobre el concepto de percepción. Alteridades. 1994, vol. 4 [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013] Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004

[37] El interaccionismo simbólico es una de la orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico, o interpretativo.

[38] Blumer, H. Symbolic Interactionism. Perspective and Method. N.J. Prentice Hall. 1968.

2) La significación de estas cosas deriva de la interacción social que un individuo tiene con los demás actores;
3) Estas significaciones se utilizan como un proceso de interpretación efectuado por la persona en su relación con las cosas que encuentra.

Además, el Interaccionismo Simbólico se centra en la enfermedad y sobre todo en cómo la experiencia subjetiva del enfermo se construye a través de la relación médico-paciente[39], destacando las relaciones de poder en la construcción y dirección de la salud y la enfermedad, sin tener en cuenta la capacidad autocurativa del enfermo o, al menos, el importante papel que desempeña el paciente en su curación, lo que podríamos trasladar también a la mujer durante su propio proceso del parto.

Hemos visto que la percepción debe ser entendida en función de la situación histórica y social, incluso puede ser reconocida como la forma de conducta desde el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia hasta la producción de símbolos, con lo que pretendemos comprobar si las competencias que adquieren las matronas durante su formación, caracteriza también socialmente a estas profesionales, teniendo en cuenta la perspectiva de las creencias, las opiniones y los roles sociales, no sólo en el ambiente físico y laboral que las rodea, sino también a nivel social y cultural y qué simbología las define, a través de sus propios discursos.

La percepción[40], además, obedece a los estímulos cerebrales obtenidos a través de los cinco sentidos, vista, olfato, tacto, gusto, oído, lo que ofrece una realidad física del entorno, y es la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones recibidas a partir de los estímulos, en base a la experiencia y a los recuerdos previos. Esta interpretación es lo que consideramos percepción. Con la vista se produce el proceso de recepción e interpretación de la información recibida a través del ojo, siendo el cerebro el encargado de comprender y organizar lo que se ve, imponiéndole un sentido racional de forma particular a la experiencia de cada individuo. Tras esa primera fase de reconocimiento, se produce la interpretación del estímulo percibido a través de una fase analítica, mediante la que se estructuran los elementos de esta información dependiendo de la experiencia personal e intelectual de cada individuo, de forma subjetiva, selectiva y temporal. Por esto podemos decir que los niveles de la percepción

[39] Bleda, J.M. Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales. Núm.7. pp.149-169.
[40] Oviedo, G. L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt . Revista de estudios sociales, Núm. 18. 2004 , pp. 89-98.

pasan por una parte instintiva, descriptiva y simbólica. Estas teorías se utilizan también en publicidad para conseguir una postura más activa y común del receptor frente al estímulo y mensaje visual, perteneciendo algunas de dichas teorías a las leyes establecidas por la Gestalt[41], entre las que seleccionamos dos:

- La Ley de Figura y Fondo, por la que el receptor distingue en un mensaje visual entre el tema protagonista de la imagen y el entorno que lo enmarca.
A través de esta ley podríamos englobar las referencias a los espacios físicos concretos en los que actualmente se producen los nacimientos, es decir, el entorno arquitectónico, con una serie de artículos dispuestos de una forma determinada, que puede configurar el fondo, y a la mujer y/o al/la profesional que la asiste, que podemos determinar como la figura, como posteriormente explicaremos con más detenimiento.

- La ley de Agrupamiento, por la que tendemos a organizar los elementos que percibimos en torno a conjuntos significativos organizados, ya sea por proximidad, semejanza, continuidad o simetría. En este sentido queremos destacar la generalización que se puede hacer en relación a grupos profesionales e ideologías, puesto que es una manera de agrupar, o etiquetar las actitudes o comportamientos esperables o deseables según al grupo profesional al que se pertenece. En el análisis de los datos obtenidos veremos si se produce esta tendencia en los discursos de las matronas entrevistadas.

Además, siguiendo el Modelo de la Fenomenología de la Percepción desarrollado por Merleau-Ponty[42], quien, como discípulo de Husserl aplicó la fenomenología al estudio de la existencia humana[43], desde una descripción que juzga y valora la realidad y coloca al propio cuerpo en el núcleo del sujeto según su propia verdad, analizamos las diferentes percepciones de las matronas entrevistadas que, a través de sus testimonios construyen sus experiencias y conforman un tejido donde se sustenta la relación entre sus conocimientos y la rutina asistencial del hospital donde trabajan, establecida desde hace más de cincuenta años, es decir, desde que el proceso

[41] La palabra Gestalt procede del alemán, y hace referencia a figura, forma u organización. Sostiene que no percibimos elementos aislados sino una globalidad o conjunto organizado y la mente configura, a través de ciertas leyes, los elementos que llegan a ella a través de los canales sensoriales (percepción) o de la memoria (pensamiento, inteligencia y resolución de problemas). Como escuela psicológica surge en clara oposición al estructuralismo y al conductismo naciente en EEUU (a principios del siglo XX). Sus creadores y principales impulsores Max Wertheimer, Kart Koffka y Köhler.
[42] Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península, 476 p. Col. Historia, ciencia, sociedad. núm. 121. 1975.
[43] López, Mª.C. La fenomenología existencial de M. Merleau-Ponty y la sociología. Papers 50, 1996. pp. 209-231.

de atención a la maternidad se desplazó a estas instituciones, en el entramado de una distribución jerarquizada que ha llegado hasta nuestros días fruto del Modelo Médico Hegemónico desarrollado por Menéndez[44].

3.2. Modelo Médico Hegemónico

Con este modelo, Menéndez describe las relaciones de poder que se producen a partir del eje salud/enfermedad, y destaca las funciones que cumplen las prácticas médicas dentro del desarrollo de dichas relaciones, en el que se construye un espacio ideológico de eficacia y reconocimiento, a través de actividades técnicas específicas como son las prácticas clínicas. Al mismo tiempo se reproducen actividades de control y normatización que se suelen esconder detrás de la atención al proceso de salud/enfermedad. Esto hace que a todos los efectos, ya sea a nivel de reconocimiento social, profesional e incluso económico, se dé una mayor importancia a la clase dominante o hegemónica, la clase médica, en detrimento de las clases subalternas, en nuestro caso, las matronas, debido, principalmente, al valor otorgado a la curación más que a los cuidados necesarios y a la atención prestada, imprescindibles para llegar a dicha curación o ayudar, propiciar o favorecer la consecución y culminación de un proceso fisiológico con éxito, (refiriéndonos a la atención al parto), lo que provoca una serie de reacciones, sentimientos y emociones en el grupo profesional que pretendemos analizar.

Asimismo, señala que la aparición de las diferentes teorías sobre la enfermedad paralela a los cambios producidos en la estructura productiva fruto del capitalismo imperante en el que emergen diversas instituciones, entre ellas la clase médica que trata de instituir precisamente, lo que considera *"normal" y "correcto"* en cuanto a la salud, la educación y el autocontrol, en concreto en el parto, para asegurar la reproducción y controlar a las "clases peligrosas". Este Modelo se enmarca dentro de la denominada biomedicina, también llamada medicina occidental, científica, alopática o cosmopolita, y sus principales características son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática[45]. Blázquez destaca que la biomedicina se da de una forma particular hacia las mujeres, al potenciar este

[44] Menéndez, E.L. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. op.cit.
[45] Menéndez, E. L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud colectiva 2005, vol.1, n.1, pp. 9-32. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf

modelo de control del proceso reproductivo mediante la medicalización, con lo que se refuerza la situación de dependencia de las mujeres y se perpetúa su posición subordinada[46]. Contemplamos asimismo los siguientes conceptos:

> *Biológico, natural, empírico, racional, científico, objetivo o verdadero, sustentan todo un edificio ideológico y limitativo que confiere a la medicina y a la práctica médica un estatuto ontológico que le permite reservarse el monopolio de un tipo particular de violencia simbólica legítima*[47].

Por otra parte, ya que las actividades del mantenimiento de la vida y estados de salud y enfermedad no pueden ser separadas en una categoría aparte, y puesto que cuidar es un fenómeno social y cultural, se convierte por tanto en una ciencia social y humana que necesita preparación, conocimientos, investigación y sobre todo experiencia de trabajo de campo[48].

Y es que el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina, dando lugar, a partir del paradigma cartesiano, al modelo biomédico tal y como lo define Capra[49], a través del que se considera al cuerpo humano como una máquina que puede analizarse por partes, en el que el médico actúa para corregir las disfunciones que produce cada enfermedad, perdiendo de vista así la humanidad del paciente, y considerando la salud como una función médica, con lo que no se contempla la capacidad de curación propia del propio paciente. Además apunta que en la medicina occidental, se produjo una toma de poder por parte de una élite masculina profesional, usurpándoles a las mujeres campos propios como es el caso del parto, señalando que *los aspectos patriarcales de la medicina son otra manifestación más del control que los hombres ejercen sobre el cuerpo de las mujeres* [50].

Por lo que, en respuesta a esta corriente, el movimiento feminista reivindica la participación activa de las mujeres sobre su propia salud, teniendo en cuenta que fueron las mujeres, matronas y enfermeras de principios del siglo XX, las que *humanizaron y dignificaron la asistencia de los pobres y de las mujeres* marginadas;

[46] Blázquez, M.I. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, julio-agosto, número 042. 2005. Madrid.
[47] Fernández-Rufete, J. El afecto perdido. En E. Perdiguero y L. Comelles (Eds.). Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona. Ediciones Bellaterra. 2000. p. 280.
[48] González, T., Martínez, L. y Luengo, R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería de España. Texto & Contexto- Enfermagem. Florianópolis. 2006.
[49] Capra, F. El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Editorial Troquel, S.A. Argentina. 1998. Editorial Pax México, 1992. p135.
[50] Ibíd. p.138.

siendo concretamente las matronas las que proporcionaban una atención integral a las mujeres, (no sólo a través de la atención al parto sino también mediante otras actividades como el *seguimiento de las mujeres asistidas durante los días posteriores al parto, la higiene del recién nacido y proporcionaban educación sanitaria a los padres*), basándose en el cuidado, y trabajando en el ámbito domiciliario y posteriormente y de forma institucionalizada, tras el fomento de la asistencia pública[51].

También Esteban[52] aporta la mirada antropológica y feminista al estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención, haciendo referencia a la salud y el género como los dos ejes centrales en los argumentos feministas, que parten de la naturalización o percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano, principalmente de las mujeres, lo que acarrea su marginación social por razones puramente biológicas, y destaca el carácter dinámico de los procesos reproductivos y el control social que se ejerce, tanto sobre la reproducción como sobre la sexualidad. Además, el parto es otra secuencia del proceso procreativo donde puede ejercerse un control determinante, ya sea la parturienta la que ejerza este control o, lo que es más frecuente, que sean determinados parientes, y/o especialistas como las comadronas o los médicos, quienes tomen las decisiones sobre el mejor desarrollo del proceso, extendiendo igualmente este control sobre el recién nacido.

Narotzky[53] señala que la llamada medicalización del parto comenzó con el control técnico de los instrumentos necesarios para intervenir en los partos anormales, como fue el caso del fórceps, que sirvió para consolidar la profesionalización de la obstetricia, invadiendo el campo hasta entonces controlado por las comadronas. A esto se añade el establecimiento de una serie de pautas en cuanto a los tiempos considerados como normales para diagnosticar aquellos que se salen de lo normal, con lo que poder actuar, tanto en la etapa de la dilatación como en la de expulsión, y la consideración del contexto hospitalario como una fábrica, en la que la gestión del parto está en manos del médico. Asimismo, Comelles afirma que este modelo se centra en la enfermedad y en los problemas biofísicos, ignorando la visión humanista que proponen los modelos

[51] González, C.Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936) Dynamis [0211-9536] 2007; 27. pp. 211-235.
[52] Esteban, M.L. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. salud colectiva, Buenos Aires, 2(1): 9-20, enero - abril, 2006
[53] Narotzky, S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación critica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. Consejo superior de Investigaciones científicas. Madrid. 1995. p.58

conceptuales de los cuidados de Enfermería, o, en nuestro caso, los cuidados y atención de la matronería[54].

Según la visión biomédica, si una persona no está enferma, no se justifica la asistencia médica, es decir, si no presenta las alteraciones estructurales o bioquímicas características de una enfermedad específica. Por esta razón, se ha encargado de patologizar algo tan fisiológico como es el parto, debido a la visión permanente de la posibilidad o del riesgo que aparezca alguna patología, lo que otorga el permiso o el poder suficiente como para poder actuar y medicalizar este proceso fisiológico de forma rutinaria. Además, una de las formas, entre otras, que puede adoptar la medicalización, es la marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias (como otras terapias) en el manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte[55].

Otegui[56] afirma que la *orientación hegemónica de la biomedicina es la de la resolución, en términos de curación con la aplicación de una terapéutica, de una determinada patología*, y en el caso del parto, destaca que constituye en todas las sociedades y culturas uno de los momentos más simbolizados, ritualizados y semantizados. Además, se intenta reducir el dolor como una disfunción fisiológica, tratando de negarlo utilizando calmantes, llegando a considerar el nacimiento a través de la medicalización en todo su proceso, siendo además los discursos del riesgo y el dolor determinantes para su consideración. Todos estos aspectos se han estudiado desde la Antropología, ciencia que se ocupa del estudio de los diferentes comportamientos implicados en el proceso de satisfacción de las necesidades de la comunidad y, también, de los componentes ideológicos, míticos y religiosos que dan sentido a dicho proceso, en concreto la Antropología de la Salud estudia la forma en que las gentes de las diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de las enfermedades, los tratamientos en los que creen y a quién se dirigen cuando se sienten enfermos, y, encontramos un mayor acercamiento a través de la Antropología del Nacimiento o de la Reproducción, que observa las costumbres o hábitos de diferentes culturas, durante el embarazo, parto y el puerperio y que condicionan los comportamientos de las mujeres en función del lugar donde den a luz, de los que destacamos los estudios más relevantes

[54] Comelles, J. Mª. y Martínez, A. Enfermedad, Cultura y Sociedad. Eudema: Madrid.1993.
[55] Márquez, S. y Meneu, R La medicalización de la vida y sus protagonistas. Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5. núm.2. 2003. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf
[56] Otegui, R. Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y J. Comelles. (Eds). Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona. Ediciones Bellaterra. 2000. pp. 243-244.

realizados a lo largo del siglo XX que nos ayudan a comprender los motivos por los que la asistencia al parto está en estos momentos de la forma en la que la estudiamos.

3.3. Antropología del Nacimiento

Aunque hemos encontrado numerosas investigaciones sobre el parto desde la Antropología del Nacimiento y la relación de la cultura en cada proceso, vamos a destacar solo aquellas que nos guían mejor en nuestro objetivo de estudio. Entre los autores consultados, la mayoría mujeres, destacamos a Davis-Floyd y a Sargent[57], puesto que, aunque analizan la medicina tecnológica americana, en la que *el sistema de salud objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo y exalta al médico o a quien ayuda en el parto, sobre la paciente en un estatus de jerarquía que atribuye un conocimiento autorizado sólo a aquellos que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que proporciona*, muchas de sus reflexiones se pueden extrapolar al sistema de salud español, en la misma línea de lo que afirman algunos autores con respecto a que la sociedad actual se ha hecho, de alguna forma, dependiente del sistema médico. Todas las personas han de someterse a una serie de controles obligatorios que "garantizan" su salud como en el caso de las mujeres embarazadas: han de cumplimentar un estricto programa de visitas médicas, analíticas y una serie de pruebas que la convierten en una especie de enferma crónica de cuya enfermedad tendrá que ir a curarse al hospital el día que vaya a parir. Después, a quien tendrá que curar el sistema será a su hijo/a, que recibirá más revisiones que ella misma, como si ella ya no tuviera interés para el sistema, salvo una única revisión puerperal de la que luego hablaremos.

Otros estudios relacionados con la reproducción los encontramos en Blázquez[58], quien hace un extenso recorrido por las diferentes etnografías centradas en el parto, realizadas en su gran mayoría por mujeres, y destaca el proceso llevado a cabo, en la mayoría de las sociedades occidentales, a partir de mediados del siglo pasado con la asistencia hospitalaria como gran cambio en la atención ofrecida hasta ese momento, en la que el control social se visibiliza a través del sistema médico convertido en una ciencia difícil de convertir en exacta, para pasar a comercializar con la salud. Por otra

[57] Davis-Floyd, R. E. Sargent, C. Rayna, R. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives Paperback.1997. p.8.
[58] Blázquez , M.I. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. 2005. op.cit.

parte, la tesis doctoral de Maria Jesús Montes[59] describe la forma de atender los nacimientos desde la antigüedad hasta nuestros días y nos acerca a las percepciones de un grupo de mujeres durante su proceso de embarazo, parto y crianza en una zona concreta de Tarragona.

Y es que vemos que la vida de la mujer se ha visto encasillada, de alguna manera, tal y como lo expresa Bodoque[60], desde el punto de la medicina con respecto a su salud reproductiva y sexual. Así, son niñas, adolescentes, maduras, madres, menopáusicas y mayores, con lo que el sistema médico relaciona los periodos más significativos de la vida con su capacidad fértil: menarquia, ciclo menstrual, embarazo, menopausia, agrupándolas en grupos, podríamos denominar estancos, de los que resulta complicado salir, hasta que pasan a la siguiente etapa, lo que dificulta el desarrollo de su propia individualidad con sus implicaciones, tanto a nivel social como cultural.

Todo esto comenzó a ser así en el siglo pasado con la industrialización, cuando emergió la necesidad de controlar la naturaleza a través del miedo, lo que, unido a la hegemonía de la biomedicina, desencadenó en prácticas de parto relativamente uniformes y culturalmente opuestas. Algunos autores opinan que el cambio en la asistencia al parto es mucho anterior, puesto que la dificultad del parto humano con respecto al de otros primates es debida principalmente al bipedismo y a la necesidad de mantener la musculatura del suelo pélvico fuerte para evitar que se salga el feto mientras se camina, considerando que esto propició un cambio en la forma de la pelvis, que la hizo más pequeña que la cabeza fetal, al disminuir, con ese cambio de ejes, algunos de los planos internos[61]. Apuntan además que las emociones del parto impulsan a la parturienta a buscar apoyo y compañía como adaptaciones bioculturales a las complicaciones psicológicas que provoca la condición de bípedos, tales como la posición para parir y los cuidados necesarios al bebé al nacer inmaduro para su independencia, cosa que en otras especies mamíferas no pasa.

Los procedimientos rituales como el enema y el rasurado del vello púbico se establecieron para prevenir infecciones que las epidemias de fiebres puerperales estaban provocando en las mujeres, llegando a pensar que el agente infeccioso era la misma mujer y su fisiología, cosa que la evidencia científica se ha encargado de desmentir,

[59] Montes, M.J. Las culturas del nacimiento. op cit.
[60] Bodoque, Y. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. Gazeta de Antropología, 2001. 17. artículo 120. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://digibug.ugr.es/handle/10481/7472
[61] Davis-Floyd, R. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Editorial Creavida. Buenos Aires. 2009. p. 14.

pero el daño ya estaba hecho: desde que se atienden los partos en los sistemas hospitalarios, se han introducido numerosas intervenciones médicas, perdiendo los conocimientos sobre partos normales que no precisan asistencia médica.

Además, a *medida que en el mundo el parto se medicalizó, en muchos lugares las parteras perdieron su prestigio como las guardianas y las guías en los partos normales*[62], con lo que las funciones de las matronas se vieron reducidas a ser meras auxiliares del médico, quedando subordinadas a unas órdenes más tecnológicas y biológicas y menos centradas en lo social y cultural de cada mujer, como son el impedir el movimiento durante la dilatación y el parto, prohibir comer y beber, incluso agua, impedir también que la mujer adoptase posiciones erguidas que facilitan la apertura de la pelvis. Otro aspecto contemplado es el evitar, con la introducción de la aparatología, el apoyo emocional continuo, con el acompañamiento efectivo y afectivo que supone la cercanía de una persona importante para la mujer, bien sea de su entorno familiar o personal y que ha demostrado recientemente grandes beneficios para conseguir el mejor desarrollo del proceso del parto. Debido a este mecanicismo, las gestantes deben seguir ordenadamente los pasos y recomendaciones pautadas por los profesionales para cada tiempo del embarazo ya que, de no ser así, corren el riesgo de que las relaciones se deterioren y den lugar a experiencias desagradables en las que se reflejan el poder y las funciones de control social e ideológico que desarrolla el sistema médico. Por el contrario, y tras los cambios que se han ido sucediendo a lo largo de los últimos años, hoy en día, se tiende cada vez más a que el paciente participe de forma activa en su propio cuidado, por lo que los profesionales de la salud han de estar preparados para aplicar sus conocimientos científicos, respetando la diversidad cultural y los valores de los mismos de forma holística.

Tras el análisis de algunos de los textos encontrados acerca de la Antropología de la Reproducción y el parto, podemos llegar a una serie de conclusiones en relación al momento en el que nos encontramos, principalmente en el territorio español y que plasmaremos en el último capítulo de la presente tesis doctoral, puesto que, aunque la realidad vivida y percibida por las matronas puede asemejarse, de alguna forma, a la de otros países cercanos, la forma de enfrentarse al nacimiento de los y las profesionales sanitarios que se dedican a esta labor, varía de unos países a otros en función de la formación recibida, así como de la trayectoria profesional y personal

[62] Ibíd. p. 18.

recorrida por cada uno/a de ellos/as. Vamos a centrarnos principalmente en los acontecimientos ocurridos en los últimos años, durante el siglo pasado y lo que llevamos de éste, pero sobre todo desde la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal y lo que esto ha supuesto para las competencias de las matronas a través de sus propias percepciones.

CAPÍTULO 4
MARCO CONCEPTUAL

4.1. Delimitación del término competencia

Para definir y determinar cuales son las competencias que adquieren las matronas durante el desarrollo de su Especialidad, hemos creído necesario abordar los distintos significados y matices que tiene el concepto de competencia, a qué nos referimos cuando hablamos de competencias profesionales, así como qué métodos se pueden emplear para conseguir evaluarlas y cuáles son las competencias profesionales de las matronas en la actualidad.

Encontramos que competencia significa muchas cosas en función del contexto en el que se utiliza. Según Tejada[63], el término competencia puede además incluir conceptos *como capacidad, cualificación, aptitud o destreza que por sí mismos también resultan en la mayoría de las veces ambiguos o incluyen en su seno dificultades semánticas*. Además, puede estar definido desde diferentes disciplinas tales como la psicología, educación, ciencias sociales y laborales. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española vemos que competencia[64] se identifica con la *pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado*. Martínez Carretero[65] define competencia como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, por el cual una persona utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica. En cambio, Díaz Barriga[66] afirma que la competencia como tal, tiene un sentido utilitario en el mundo del trabajo, que se apoya fundamentalmente en el análisis de tareas, y dentro del mundo laboral aporta un significado en la atribución de pautas de desempeño en un sujeto, como es la capacidad para resolver algún problema.

Por todo lo anterior, podemos decir que la competencia engloba las habilidades, actitudes y aptitudes de una persona para desarrollar su profesión, teniendo

[63] Tejada, J. Acerca de las competencias profesionales (Revista Herramientas, I), núm. 56 (pp. 20-30) y Acerca de las competencias profesionales (II) 57 (8-14) 1999.
[64] Real Academia de la Lengua Española. Definición competencia: [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=COMPETENCIA
[65] Martínez, J.M. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOE) Educ. méd. v.8 sup.2 Barcelona sep. 2005.
[66] Díaz, A. El enfoque de competencias en la educación: ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? Perfiles educativos [online]. 2006, vol .28, n.111, pp. 7-36.

en cuenta que, tal y como apunta Bunk[67]: *no todas las personas dotadas de competencia formal en virtud del título profesional que les ha sido otorgado gozan de reputación como especialistas competentes*, por lo que se debe diferenciar entre la *competencia formal, como atribución conferida, y la competencia real, como capacidad adquirida*. Mulder[68] plantea una revisión del concepto de competencia a lo largo de la historia en las últimas décadas y para él ser competente se refiere a acreditación, aprobación, autorización, título, certificación, derecho, jurisdicción, licencia y responsabilidad, aunque se centra en dos significados esenciales: autoridad y capacidad. La competencia es una cualidad compleja, un constructo multifacético y multidisciplinar, que a menudo está inmersa en situaciones multidisciplinarias, en las que el o la profesional debe utilizar su buen juicio, conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a su profesión, que le ayuden a resolver los problemas que se le planteen. La definición de las competencias de las profesiones es una necesidad obvia, tanto desde el punto de vista de su utilidad docente, de planificación y gestión, en nuestro caso, de los servicios sanitarios, como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión.

En particular, analizamos el Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario de Andalucía[69], que considera la competencia como una etiqueta con la que se define a un conjunto de comportamientos relacionados entre sí y que son los responsables de un resultado excelente en el desempeño del puesto de trabajo. Además, clasifica las competencias en dos: competencias técnicas, que se refieren a conocimientos y habilidades, y competencias de conducta o de actitud. También incorpora conceptos más concretos como competencias genéricas, específicas, técnicas, directivas, de potencial, operacionales, interpersonales, gerenciales, de eficacia personal, de influencia, sociales, de logro y de acción. Tejada[70] afirma que la competencia hace referencia a las funciones, tareas y roles de un profesional (incumbencia) para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo (suficiencia) que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación,

[67] Bunk, G. 1994. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. Revista Europea. Formación profesional. 1/94.
[68] Mulder, M. Competencia: la esencia y la utilización del concepto en la formación profesional inicial y permanente. Revista Europea de Formación Profesional núm. 40- 2007.
[69] Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2006. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf
[70] Tejada, J. Acerca de las competencias profesionales. op.cit.

por lo que, en este sentido, podemos pensar en la confluencia, de alguna forma, entre los términos: tarea, función y competencia.

La tarea implica el desempeño en función de una concepción global de lo que es el trabajo[71], mientras que la función, que está conformada por varias tareas, se centra en el qué se hace. La tarea se refiere usualmente al cómo se hace y además la tarea es observable, verificable, repetible y medible en el tiempo[72]. Las competencias identifican resultados laborales que pueden encerrar diferentes funciones en situaciones concretas de trabajo[73], con lo que podemos decir que la competencia engloba tanto a las funciones, en primer lugar, como a las tareas derivadas de las funciones, siendo el criterio de desempeño o realización, con el que se pretende medir la calidad de la tarea, para analizar si el trabajo que describe dicha tarea ha sido bien hecho[74].

Por último, citamos a Spencer y Spencer[75] quienes definen la competencia como una característica subyacente de un individuo que está causalmente relacionada a un estándar de efectividad y/o con un desempeño superior en un trabajo o situación. Competencia es la combinación de conocimiento, destrezas psicomotoras, de comunicación y de toma de decisiones que permiten a una persona realizar una tarea específica a un nivel definido de aptitud.

Una vez revisadas diversas definiciones de lo que significa el término competencia, analizamos el concepto de competencia profesional, más acorde con nuestro objeto de estudio.

4.1.1. Definición de competencia profesional

Bunk[76] define la competencia profesional basándose en conjuntos de conocimientos, destrezas y aptitudes vinculados a una profesión, pero amplía el radio de acción a la participación en el entorno profesional, así como a la organización del trabajo y a las actividades de planificación. Es decir, unas características personales

[71] Irigoin, M. y Vargas, F. Competencia laboral: manual, métodos y aplicaciones en el sector salud. Pág. 45. Montevideo. Oficina Internacional del Trabajo CINTERFOR-Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2002. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
[72] Ibíd. p. 87.
[73] Ibíd. p.49.
[74] Ibíd. P. 92.
[75] Spencer, L.M. Y Spencer, S.M. Competence at work, models for superior performance, John Wile&Sons, Inc, USA, 1993.
[76] Bunk, G. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. op.cit.

(conocimientos y conductas, aptitudes y actitudes) que definen (en situaciones de trabajo) unas capacidades de acción (según unos niveles requeridos y unas actividades definidas) que amplían el campo de acción profesional. Navío[77] integra los conocimientos y habilidades con las capacidades y aptitudes obtenidas a través de la propia experiencia personal y profesional, para definir la competencia profesional, y Echeverría[78] introduce el concepto de competencia de acción profesional, como la suma de cuatro componentes: técnico (saber), metodológico (saber hacer), participativo (saber estar) y personal (saber ser), es decir, la combinación e integración de un conjunto de conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes.

La competencia técnica incluye los conocimientos y los contenidos que identifican una profesión; por esto, es importante adquirir dicha competencia durante la formación académica y aún más si cabe a lo largo de la actividad laboral a través de la formación continuada, con la que poder dominar las tareas propias de la matrona en nuestro caso. La competencia metodológica, que incluye el saber hacer y el sabor característico de cada profesional, garantiza que sabe aplicar los conocimientos adquiridos a las situaciones a las que se enfrenta durante el desarrollo de su vida laboral, utilizando los procedimientos adecuados de forma autónoma. En nuestra investigación nos referimos a las actividades y tareas que desempeña la matrona durante la atención al parto normal, poniendo en práctica las competencias necesarias. La competencia participativa añade la cooperación y el trabajo en equipo, para lo que la matrona ha de estar dispuesta a la comunicación con los demás miembros del grupo multidisciplinar que atiende a la mujer, consiguiendo, de esta forma, el éxito en su desempeño profesional. Por último, la competencia personal implica actuar conforme a las propias convicciones y a tomar decisiones acordes con la imagen que cada matrona tiene de una misma, con lo que al ser la competencia más difícil de evaluar, puesto que incluye las emociones y sensaciones que se producen en relación al desempeño de su trabajo, hemos tratado de reproducir las percepciones de las matronas entrevistadas tal y como ellas nos las han transmitido.

El valor otorgado a las competencias profesionales va implícito a la gran transformación estructural de nuestros días, tanto económica, tecnológica como social, y a la necesidad de demostrar diferentes capacidades en los años sesenta y setenta

[77] Navío, A. La formación de los profesionales de la formación para el trabajo: algunos dilemas y algunas respuestas. Educar 38, Universidad Autónoma de Barcelona. 2006 pp. 63-79.
[78] Echeverría, B. Gestión de la competencia de acción profesional. Revista de Investigación Educativa. Vol 20. nº 1. 2002. pp. 7-43.

vinculadas a una determinada profesión, a la demanda de cualificaciones, que incluyen conocimientos y destrezas para desarrollar actividades laborales en los años ochenta, para llegar, en la década de los noventa, a replantear las necesidades empresariales que requieren competencias de los y las trabajadores/as propiamente dichas[79].

Podríamos decir que la competencia profesional expresa las potencialidades de la persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión con iniciativa, flexibilizada y autonomía, puesta en práctica en diferentes escenarios, a partir de la integración de conocimientos, habilidades y valores que se traducen en un desempeño profesional eficiente, ético y de compromiso social.

A nivel legislativo, encontramos, en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud[80] en su artículo 42, sobre Evaluación de competencias, la siguiente definición de competencia: "*aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean"*. En esta misma ley se menciona, en su artículo 40, la evaluación de competencias, incluida como parte del desarrollo profesional, conjuntamente con la formación continuada y la carrera profesional. A nivel profesional se destaca la importancia de la formación continuada y la acreditación regular de dicha competencia profesional. Esta es la definición que vamos a utilizar en el desarrollo de nuestra investigación, pues integra los conceptos que queremos trabajar como son aptitud, conocimientos, habilidades y actitudes, necesarios para afrontar aquellas situaciones en las que las matronas desarrollan su labor profesional.

En resumen, las competencias profesionales son algo más que el conocimiento que hace referencia al saber y al saber-hacer. El concepto de competencia engloba no sólo las capacidades requeridas para el ejercicio de una actividad profesional, sino también un conjunto de comportamientos, facultad de análisis, toma de decisiones, transmisión de información, colaboración con su entorno profesional y con la organización del trabajo, todos ellos necesarios para el pleno desempeño de la profesión.

[79] Martínez-Clares, P. Echevarría, B. Formación basada en competencias. Revista de Investigación Educativa, 2009, Vol. 27, núm. 1, pp. 125-147[Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://revistas.um.es/rie/article/view/94331

[80] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. núm. 128. 29 de mayo 2003. p. 20576 [Internet] [Consulta el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf

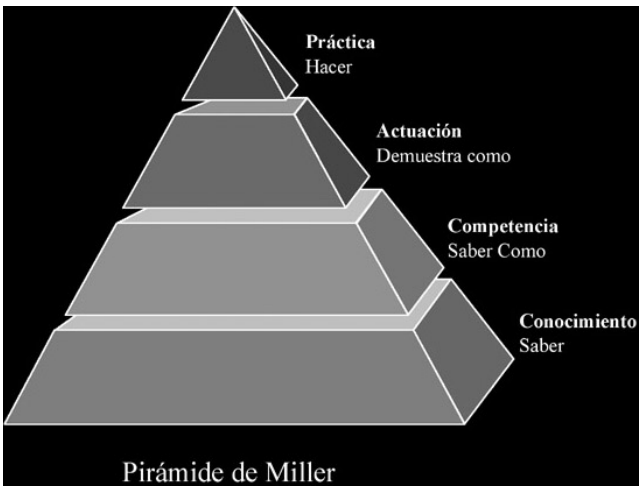
4.1.2. Evaluación de las competencias profesionales

Por todo lo anteriormente expuesto, nos planteamos cómo se puede llevar a cabo la evaluación de las competencias profesionales, para lo que destacamos la utilidad de la pirámide de Miller[81]. Mediante dicha estructura, Miller describe cuatro niveles de formación por orden de complejidad. En la base se sitúan los conocimientos necesarios para poder desarrollar las tareas profesionales con eficacia (el saber). En el siguiente nivel se encuentra la capacidad de saber cómo utilizar los conocimientos, analizar e interpretar los datos obtenidos, es el escalón que se define como competencia (el saber cómo). Saber utilizar dicha competencia y demostrar cómo se utiliza constituye el tercer nivel (demuestra cómo). El cuarto nivel corresponde a la práctica real de lo que un profesional hace en su desarrollo laboral (hacer). Los dos primeros niveles pueden ser evaluados mediante pruebas teóricas, a través de exámenes orales, de tipo test, o los de respuesta corta, que suelen ser los más utilizados durante la realización de los estudios universitarios. Para evaluar el segundo nivel se pueden realizar exámenes orales estructurados o exámenes de casos clínicos, empleados en muchas ocasiones durante la realización de la especialidad. Mediante entrevistas se puede verificar el tercer nivel, como pueden ser las entrevistas que realiza el tutor/a al residente en formación, y para evaluar la experiencia práctica[82] se puede utilizar alguna de las siguientes técnicas: Listas de verificación (check lists), sistemas de escalas, incidentes críticos, y/o simulaciones y ejercicios de carácter práctico. Posteriormente, desarrollaremos algunos de éstos métodos para explorar las competencias profesionales de las matronas seleccionadas en nuestro estudio, como son las entrevistas, cuestionarios e incidentes críticos, muy apropiados para obtener datos relevantes en nuestra investigación.

[81] Miller, G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. Sep; 65 (9 Suppl):S63-7. 1990.

[82] Gil, J. La evaluación de competencias laborales. Educación XX1, número 010. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. 2007. pp.83-106.

Figura 1. Pirámide de Miller evaluación competencias



Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada. ECOE. Obtenido de: Martínez Carretero, José María.

4.13. Competencias profesionales sanitarias

Martínez Clares y cols[83] afirman que los y las profesionales sanitarios/as deben ser competentes tanto en los aspectos conceptuales como técnicos de su profesión, y además deben poseer una serie de características personales necesarias para alcanzar un desempeño superior. Para conseguir esto deben estar formados tanto en competencias específicas o clínicas, propias del campo profesional, como genéricas o transversales de formación personal, tales como comunicación, sentido ético, gestión de la información, aprendizaje autónomo y desarrollo personal y profesionalismo. Las competencias específicas caracterizan una profesión y la distinguen de otras, por lo que son motivo de especial atención en la formación y, por lo tanto, necesarias para la obtención del título académico que reconoce socialmente su adquisición y, con ello, el desempeño de la profesión, las competencias transversales o genéricas, son habilidades necesarias para ejercer eficazmente cualquier profesión, pero no es frecuente que se consideren de forma explícita en una asignatura determinada, al menos en ciencias de la salud.

[83] Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M. y Muñoz-Cantero, J. M. Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. RELIEVE, v. 14, n. 2, 2008. p. 1-23. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm

4.2. Competencias profesionales de las matronas

Para describir las competencias profesionales de las matronas, volvemos a reiterar las diferencias y similitudes entre las funciones, actividades y competencias, puesto que queremos destacar, en primer lugar, que, aunque históricamente la función más conocida de las matronas es la función asistencial, en concreto la atención a la mujer y a su hijo o hija en el momento del parto, esta atención ha sido extensiva, asimismo, al embarazo y al puerperio aunque no haya sido reflejada en muchos textos, *adquiriendo la visita puerperal una gran relevancia para el control y seguimiento de la recién parida*[84]. Además, se incluían en dicha asistencia: los cuidados al recién nacido, la asistencia a las mujeres en enfermedades propias e incluso en prácticas abortivas.

Hemos de resaltar también que la matrona ha desarrollado una gran labor en cuanto a la educación para la salud, a través de consejos o información relevante a la mujer y a la población, y otras funciones no menos importantes como la función docente, a la hora de transmitir sus conocimientos a otras matronas o parteras, una función jurídicolegal en los nacimientos en los que participa, debiendo certificar y registrar los datos necesarios, e incluso una función religiosa como ocurre en los casos de bautismo de urgencia[85]. En la actualidad, observamos que incluso otros/as profesionales sanitarios/as reconocen la asistencia al parto como la más conocida de las matronas, seguida de otras como educación maternal, y control y seguimiento durante la dilatación[86] [87].

Pero el proceso de profesionalización, desde las parteras, cuya formación era adquirida prácticamente de forma oral y junto a otra partera experimentada, a las matronas que se forman con el sistema de residencia en la actualidad, lleva aparejado,

[84] García, M.J., García Martínez, Antonio Claret. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. Matronas profesión. 2005; 6(1): págs. 11-18 [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7144/173/las-funciones-de-la-matrona-en-el-mundo-antiguo-y-medieval-una-mirada-desde-la-historia

[85] Carmona, I. y Saiz, M.S. El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. Matronas profesión. 2009; 10(4):14-19 [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/12277/173/el-bautismo-de-urgencia-funcion-tradicional-de-las-matronas

[86] Blanco, M.C., Cerrato, F.J. y Marchán, A. Percepción de la matrona por otros profesionales sanitarios. Enfermería Integral. 2007. pp. 41-46 [Internet] [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.enfervalencia.org/ei/80/articulos-cientificos/11.pdf

[87] Saiz, S., Martín, E., del Álamo, G., Concejo, S., Martín, I. Poza, L.y Romero, B. Opinión de los profesionales sanitarios sobre la especialidad de matrona. Matronas Prof. 2003; 4 (14):23-28. [Internet] [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7345/173/opinion-de-los-profesionales-sanitarios-sobre-la-especialidad-de-matrona

en principio, una mejora en las capacidades adquiridas, principalmente en cuanto al cuerpo de conocimientos, así como un aprendizaje dentro de un sistema que ha ido evolucionando a lo largo de los años, aunque creemos asimismo, que es posible que no se hayan perpetuado ciertas habilidades desarrolladas cuando no existía la tecnología actual. Por todo esto, haremos una exposición de cómo ha transcurrido la formación de las matronas en España, desde principios del siglo XX, para llegar así a la concreción de las competencias profesionales reconocidas en el momento actual, con lo que realizaremos una clasificación de las competencias, actividades, tareas y funciones que impregna la profesión de matrona en la actualidad, con el fin de trazar el perfil profesional que conlleva su puesto de trabajo dentro del ámbito hospitalario, conclusiones que intentarán dar respuesta a los objetivos que nos hemos planteado al comenzar nuestra investigación.

En el artículo *Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002*[88], en el que se revisa el documento elaborado por la Confederación Internacional de Matronas, se definen las competencias para todas las matronas. En este documento se utiliza el término *competencia* para referirse a lo*s conocimientos básicos, habilidades y comportamientos de la matrona, requeridos para una práctica sin riesgo en cualquier situación*, y se describen las competencias con una serie de conocimientos y habilidades básicos y adicionales, en relación a las habilidades en las ciencias sociales, la salud pública y la ética; el cuidado preconcepcional y métodos de planificación familiar; cuidados y asesoramiento durante el embarazo; cuidados durante el parto y el nacimiento; cuidados postnatales de la mujer y del recién nacido hasta los dos meses. Con respecto a los cuidados durante el parto y el nacimiento, como es el tema que nos ocupa, observamos que se concretan las competencias de las matronas en proporcionar un cuidado durante el parto de alta calidad. Añade que dirigen un parto higiénico y seguro, y manejan determinadas situaciones de urgencia para optimizar la salud de las mujeres y de sus recién nacidos.

Teniendo en cuenta que se publicaron en 2002, y que son pautas orientativas para quienes estén interesados en la formación y conocimiento acerca de lo que es una matrona, lo que hace y cómo aprende su trabajo, incluso dirigido a las autoridades

[88] Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002. Confederación Internacional de Matronas. Matronas Profesión vol. 5, n. º 15. 2004; [Internet]. [Consulta el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7313/173/competencias esenciales-para-el-ejercicio-basico-de-la-parteria-2002

políticas, observamos que estos conceptos destacan el importante papel de las matronas para promover la salud de la mujer en toda su etapa reproductora.

Por último, y dado que en el momento actual en España, la formación de matrona requiere una formación inicial universitaria para obtener el título de Grado en Enfermería, encontramos que, como enfermera, debe regirse por las normas comunes en el ejercicio de la profesión enfermera, como es el Código Deontológico[89] de la Enfermería Española[90] en el que, en su artículo 58, afirma que *la Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones*"; en el artículo 59: *la Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados*; así como el artículo 63: *la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional"*.

Nos cuestionamos si las matronas en España, como poseen una titulación gestionada por el Sistema Nacional de Salud de formación sanitaria especializada, pero que también pertenecen a una profesión reconocida en Europa, donde coexisten diversos modelos de formación, tanto dependiente de Enfermería como independiente, está sujeta al Código Ético del Consejo de Enfermería, tal y como está establecido el sistema actual en nuestro país de formación, o por el contrario al Código de la Confederación Internacional de Matronas, en el que se destaca que la matrona es *una persona que demuestra competencia en la práctica de su especialidad y a quien se permite legalmente usar el título de matrona*[91]. Además, encontramos que Thompson[92] hace un análisis de este Código publicado en 1999, y apunta que es importante conocer y comprender los límites de las competencias profesionales propias y las limitaciones, tanto éticas como morales, puesto que pueden afectar a la asistencia a las mujeres al

[89] La deontología es una teoría ética que se ocupa de regular los deberes, traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta, que se plasman en códigos de ética, que facilite la humanización en la asistencia a los pacientes, y entre cuyas funciones se establezca el fijar criterios para el ejercicio de la profesión, agrupar orientaciones éticas e incluso recoge la posibilidad de imponer sanciones disciplinarias en caso de incumplimiento del Código. Suelen estar elaborados por los Colegios Profesionales.

[90] Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo Internacional de Enfermería. 1989. [Internet]. [Consulta el 6 octubre 2012]. Disponible en http://www.unav.es/cdb/esotcodigoenf.html

[91] Normas globales para la regulación de la especialidad de matrona. ICM. 2011. [Internet]. [Consulta el 6 octubre 2012]. Disponible en http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/es/es_ICM_2011_GlobalStandards_for_MidwiferyRegulation2011.pdf

[92] Thompson, J.E. Aspectos éticos de los cuidados de partería. Matronas Prof. 2001; 2 (Extra):21-24.

impregnar la práctica profesional de las propias opiniones y valores personales. Asimismo, señala la importancia de la utilización ética de la tecnología durante el embarazo y el parto, atendiendo aspectos culturales y teniendo en cuenta la competencia profesional de las matronas, para utilizar la tecnología como ayudante pero no como sustituta del juicio clínico o de la asistencia. La última revisión fue adoptada en 2008[93]. En nuestro país encontramos el Código Deontológico de las Matronas Españolas[94] de la Asociación Española de Matronas, que, tal y como reza en el Preámbulo, *debe constituir una declaración y catálogo de principios y valores éticos que sirvan de guía para la labor cotidiana de las matronas* […] y *pretende ser un manifiesto de integridad, independencia, objetividad, confidencialidad y competencia profesional que sirva para fortalecer el grado de credibilidad y confianza de la sociedad hacia las matronas* […]. Finaliza el mismo afirmando que *dicho Código no obliga ni sanciona, pero su incumplimiento determina la autoexclusión personal del compromiso formal de la mayoría*. En sus primeras páginas se incluye la definición de Matrona que hemos revisado con anterioridad y observamos que, ya en la declaración previa, concretamente en el apartado a) contempla que:

> *Declaramos que, entendemos la gestación y el parto como un estado temporal de implicaciones somatoemocionales, bio-sociales y culturales de carácter singular y adaptativo que una mujer puede asumir con éxito y concluir de manera placentera. Por ello las matronas promoverán la no intervención en los partos, cuando no sea necesaria, reforzando la confianza de las mujeres en sus propias capacidades*.

Y destacamos asimismo el primer punto del capítulo 1, en relación a las Matronas y su actividad asistencial durante el parto en especial:

La matrona realizará todas sus actuaciones basándose en los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mujeres y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarle algún daño, poniendo

[93] Código Internacional de Ética para las Matronas. Glasgow 2008. Confederación Internacional de Matronas. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

[94] Código Deontológico de las Matronas Españolas. Asociación Nacional de Matronas. 2011. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/doc_otros/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf

especial énfasis en desarrollar actuaciones en prevención, primaria, secundaria, terciaria y con particular acento en prevención cuaternaria en los partos de evolución espontánea.

Además, la Federación de Asociaciones de Matronas de España, ha publicado recientemente un Documento de Reclamación de Competencias de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) en el que incluye su posicionamiento basándose en la legislación y en las normas vigentes en España para concluir que:

La matrona es una profesional autónoma, con competencias propias, bien definidas, están plenamente capacitadas para atender de forma autónoma los embarazos y los partos normales.

Por último, queremos señalar que, debido a la complejidad de las funciones que se atribuyen a la Matrona, éstas se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003[95], de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Consideramos que es imprescindible definir las funciones de cada miembro del equipo asistencial para que no existan relaciones jerárquicas sino a través de un reparto funcional de competencias. Para conocer cómo hemos llegado a la situación actual de luchas y reivindicaciones, haremos un breve repaso a los acontecimientos más importantes para la profesión en el siglo pasado, principalmente relacionados con la formación y el desarrollo competencial de estas profesionales.

[95] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. núm. 280. 22 noviembre 2003. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf

CAPITULO 5
PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA FORMACIÓN DE LAS MATRONAS EN ESPAÑA

5.1. Antecedentes en aspectos formativos y competenciales de las matronas en España

Las estrategias utilizadas para la búsqueda de la documentación existente con respecto a las competencias de las matronas que ha sido publicada recientemente, nos han servido para estructurar el estado de la cuestión sobre la posición que ocupan estas profesionales en nuestro país, tanto a nivel profesional como social, y fundamentar el tema de estudio. Por ello, hemos realizado una revisión de las bases de datos y publicaciones especializadas en aspectos formativos de las matronas, entre las que se han orientado hacia el hallazgo de textos relevantes, escogiendo exclusivamente aquellas que tengan relevancia, en concreto las relacionadas con las competencias de las matronas en la atención al parto normal.

Con el propósito de conocer la producción científica existente en la literatura sobre las competencias de las matronas, realizamos una revisión en las bases de datos LILACS, CUIDEN, CINHAL, MEDLINE y EBSCO. La búsqueda se circunscribió a las publicaciones realizadas entre los años 2002 y 2012. Fueron empleados los siguientes descriptores, tanto en español como en inglés: historia matronas, midwifery history Spain, formación matronas, midwifery education, competencias matrona, midwifery competences, midwifery skills y además, parto normal, normal delivery, normal birth y las posibles combinaciones entre ellos. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión en las ediciones de la revista Matronas Profesión (Ediciones Mayo), buscando artículos relacionados con nuestra investigación. Además, hemos revisado las tesis doctorales publicadas en la base de datos TESEO que tuvieran en su título y/o resumen los descriptores matronas, formación matronas y/o competencias matronas. La búsqueda inicial arrojó un gran número de artículos sobre documentos escritos en inglés, español y portugués, de los cuales, tras ser depurados por referirse a nuestro objeto de estudio se revisaron más de cien textos, entre artículos originales, de revisión y ponencias de reuniones científicas cuyo texto completo resumen o ambos permanecen disponibles.

Dado que el objeto de nuestro estudio son matronas que se han formado con los planes de estudios vigentes en los siglos XX y XXI, haremos un breve recorrido por lo que ha sido la formación de las matronas en España en estos dos siglos fundamentalmente, puesto que ya contamos con textos como el escrito por Ortiz y

Sánchez[96], en el que ponen de manifiesto que la mujer en la antigüedad no siempre era atendida en el momento de su parto por una matrona cualificada, hasta que en los siglos XVII-XVIII se reguló como profesión, consiguiendo con esto mayor prestigio social. Las autoras destacan que en esa época se favoreció más a los varones que a las mujeres, identificando a los varones/cirujanos con la docencia y la autoridad científica y técnica dentro de los hospitales y las mujeres/matronas relegándolas al espacio doméstico en la asistencia a los partos normales. Además, las autoras revisan numerosas publicaciones escritas por matronas en la Europa Occidental durante los siglos señalados que no tuvieron, según ellas mismas refieren, la repercusión en el tiempo necesaria como para mantener la importancia social y cultural que estas profesionales ostentaron durante un breve espacio de tiempo. Tal y como apunta Linares[97], a principios del siglo XX eran pocas las mujeres que estudiaban la profesión de Matrona, comparada con otras enseñanzas profesionales, tal vez debido a la exigencia de *tener mayoría de edad para ejercer, la responsabilidad que implicaba y también el alto coste de la matricula.* Posteriormente, se produjeron una serie de acontecimientos que sirvieron para regularizar la profesión, tales como la posibilidad de acceder al titulo de Practicante autorizado para la asistencia a partos normales, como veremos a continuación.

El Manual del Practicante y de Partos Normales de 1906, escrito por el médico García-Sierra, y revisado por Ballesteros[98], hace una referencia a la *conducta del Practicante o Matrona en el parto además de su comportamiento con respecto a la madre y al nuevo ser.* Y en otro Manual, en concreto el escrito por el tocólogo austriaco Piskacek que se publicó en España en 1929, analizado por Herrera[99], destacamos la explicación detallada que realiza de la evolución de un parto normal y la división entre el estudio de lo normal y lo *anómalo para que la matrona sepa detectar prontamente la "anomalía" y solicitar el auxilio del facultativo*. Esto último es un dato muy relevante para determinados aspectos de nuestra investigación, en concreto para la delimitación de las competencias de las matronas, tanto en esta época como en la actual. Tomamos

[96] Ortiz, T. y Sánchez, D. La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En: Pilar Ballarín; Cándida Martínez (eds.). Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas, Granada, Universidad de Granada, 1995, pp. 239-246.
[97] Linares, M. Las matronas en el Jaén del Siglo XX. El caso de la Comarca de Sierra Mágina. Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén. 2008 página 54.
[98] Ballesteros, A. M. Manual del practicante y de partos normales (1906): contenido y curiosidades. Cultura de los Cuidados. 2002. Año VI - N.° 11.
[99] Herrera, F. Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929). Cultura de los Cuidados. 1997. Año I - Nº l.

como referencia a Linares[100], que revisa una amplia bibliografía muy interesante y útil para el estudio de las Matronas y la Cultura del Nacimiento, que nos ha servido de gran ayuda en nuestra investigación. Otros artículos y libros acerca de la Historia de las Matronas en España son, entre ellos, Valle Racero[101] y Ortiz[102], que analizan varios textos empleados en la formación de las matronas como: *Examen de las matronas conforme hoy son y conforme deben ser,* que publicó en 1870 Francisca Iracheta, y en el que se abordan diversas cuestiones de carácter profesional, desde las competencias de las matronas hasta sus relaciones con otros profesionales, con respecto a la atención a los partos normales.

Estos textos, unidos a los que analiza Linares[103], muestran la imagen que los ginecólogos de mediados del siglo pasado tenían de las matronas y sobre las funciones que desarrollaban, fundamentalmente limitadas a la atención al parto normal, destacando el *mensaje de jerarquía, subordinación y domesticidad profesional con el objetivo de adoctrinar a la matrona para proteger el prestigio de los médicos y formarlas en la obediencia y sumisión, justificado en una preocupación por su formación académica.* García Martínez[104] explica que la atención al parto *eutócico o normal*, que transcurría en el ámbito familiar hasta que pasó a ser atendido en un centro hospitalario especializado, sufrió una serie de cambios tanto *para la madre y su familia como para el personal que asiste el parto, médicos y matronas.* Esto hizo que a pesar de disponer de una mejor formación y mayor tecnología, hechos que contribuyeron a una disminución de las complicaciones, supusieran además para la *partera o matrona un recorte en sus funciones y autonomía*, pasando de *sus consejos, experiencia y sabiduría, a las prescripciones e "imposiciones" de los profesionales sanitarios* y considerando el parto *no ya un hecho natural o fisiológico sino un acto médico-quirúrgico.* Además, veremos cómo la profesión matrona ha ido definiendo su ámbito de actuación así como sus competencias a lo largo de un siglo en el que, durante un

[100] Linares, M. Fuentes y bibliografía para el estudio de las Matronas y la Cultura del nacimiento. Elucidario Nº 5 .Págs. 263 a 275. Seminario Bio-Bibliográfico Manuel Caballero Venzalá. 2008.
[101] Valle, J.I. El saber y la práctica de las matronas, desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas profesión. 2002. 9 (28-35) [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012]. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7523/173/el-saber-y-la-practica-de-las-matronas-desde-los-primeros-manuales-hasta-1957
[102] Ortiz, T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S.XIX. Arenal: Revista de historia de mujeres, ISSN 1134-6396, Vol. 6, Nº 1, 1999, págs. 55-79.
[103] Linares, M., Álvarez, C.y Moral, I. El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. Index Enferm v.17 n.4 Granada oct.-dic. 2008.
[104] García, M.J. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cultura de los Cuidados. Año XII - N.° 24. 2008.

tiempo, tuvo que convivir con otras profesiones, como las enfermeras o practicantas, que también podían atender partos en ausencia de aquéllas[105].

Teniendo en cuenta la normativa consultada, los hitos más importantes ocurridos en España con respecto a la formación de las matronas y el desarrollo de sus competencias y funciones durante el siglo XX han sido los siguientes:

En 1902 se publica un Real Decreto en la Gaceta de Madrid[106], por el que se autoriza a los Practicantes que superen un examen específico para practicar partos normales. Con respecto a las materias de la enseñanza de practicantes durante dos años, y dentro del articulo 5º, afirma que los Practicantes que deseen obtener el título deberán realizar un examen que versará, entre otras materias: *"Nociones de obstetricia en lo referente a la asistencia al parto normal*". Posteriormente, el 12 de agosto de 1904, la Gaceta de Madrid publica un Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública[107] en el que se exponen los requisitos para acceder a la Carrera de Matronas: *primero, ser mayor de edad; segundo, certificado de aprobación en una Escuela Normal de Maestras de la enseñanza primaria superior; tercero, autorización del marido si fuese casada.* Los estudios *oficiales se darán en dos cursos académicos*, rigiendo los mismos preceptos que para la carrera médica respecto de la época de inscripciones y de exámenes y de la duración de los cursos […] y las materias a impartir en el segundo curso, nociones de Obstetricia normal, de asistencia a los partos normales y de cuidados a la madre con anterioridad y posterioridad al parto.

En 1921, en el Real Decreto sobre la reforma de las carreras especiales de odontólogos, practicantes y matronas[108], se suprime de la carrera de practicantes la asignatura de Obstetricia, con la pérdida de una función: la asistencia a los partos normales, que venían realizando de forma habitual. En 1923 se crea la Escuela Nacional

[105] González, C. Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936) Dynamis 27: 211-235. 2007.
[106] Real Decreto por el que se autoriza a los practicantes que superen un examen específico a practicar partos normales. Asociación Española de Matronas. Publicado en: Gaceta de Madrid. Núm. 32. pág 488. 1 de febrero 1902 [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/014.1902.pdf
[107] Real Decreto por el que se reorganizan las carreras de practicantes (se admiten mujeres a cursar la carrera de practicantes) y matronas; se admite la enseñanza oficial y no oficial en ambas carreras. Gaceta de Madrid núm. 225. pág 529. 12 de agosto 1904. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/015.1904.pdf
[108] Real Decreto sobre la reforma de las carreras especiales de odontólogos, practicantes y matronas. Publicado en: Gaceta de Madrid. núm. 281. pág 68. 8 de octubre 1921 [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/019b.1921.pdf

de Puericultura[109], adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia para proporcionar asistencia a la población infantil, a la que podían acceder las matronas para seguir los cursillos de Puericultura intrauterina, Higiene de la Infancia, Enseñanza especial de enfermera visitadora y niñera titulada y de laboratorio. Fue proyectado para ser un Centro eminentemente docente y científico, y el dato más significativo era su carácter multidisciplinario. Actualmente es la institución más antigua dedicada a la formación de profesionales de la Salud Pública en España. Entre los estudios que se impartían en esta Escuela destacamos el estudio experimental y clínico de los problemas que hacen referencia a la lactancia natural y artificial y Puericultura intrauterina.

En cuanto a la forma de acceso a la carrera de matrona, en 1926 se publica una Real Orden en la que se exige el título de bachiller elemental para cursar las carreras de practicantes y matronas[110], y en 1928 se plantea una comparativa entre los estudios de Practicante con los de Matrona[111] para denegar las posibles conmutas entre los estudios, puesto que sus asignaturas no son independientes, sino que son grupos de conocimientos médicos de aplicación profesional, y en la que se refleja que:

> *La profesión de Matronas tiene como única profesión actuar exclusivamente sobre la mujer en gestación y asistencia al parto dentro de la normalidad y como auxiliar del Profesor especializado en Obstetricia y, por tanto, los conocimientos teóricos y prácticos no son tan generales ni variados en el concepto médico-quirúrgico, sino especializados y de aplicación genuinamente a la Tocología.*

1928 es el año en el que se establecen las Escuelas de Matronas[112] para conseguir una *efectiva formación práctica de las Matronas utilizando el importante*

[109] Real Orden por la que se crea la Escuela Nacional de Puericultura, adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia a la que podían acceder las matronas para seguir los cursillos de Puericultura intrauterina, Higiene de la Infancia, Enseñanza especial de enfermera visitadora y niñera titulada y de laboratorio que les posibilitaría intervenir en organismos señalados por la vigente Ley de Protección a la Infancia y cuantas instituciones oficiales y particulares se creen en defensa del niño. Publicado en: Gaceta de Madrid núm. 145. pág 789. 25 de mayo 1923 [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/020.1923.pdf

[110] Real Orden por la que se exige título de bachiller elemental para cursar las carreras de practicantes y matronas. Publicado en: Gaceta de Madrid núm. 261. pág 1656. 18 de septiembre 1926. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/022.1926.pdf

[111] Real Orden por la que se indica la imposibilidad de conmutarse los conocimientos de matrona por los de practicante. Publicado en: Gaceta de Madrid, núm. 83. p 1856. 23 de marzo 1928. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/023.1928.pdf

[112] Real Decreto por el que se establecen las Escuelas de Matronas. Gaceta de Madrid núm. 244. pág 1209. 31 de agosto 1928. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/024.1928.pdf

material clínico de instituciones y Centros no universitarios de Maternidad, destacando la necesidad de rodear de cuidados técnicos el alumbramiento en los casos normales en que se desenvuelva fisiológicamente para precaver y evitar contingencias, mortales muchas veces, y vigilando atentamente su curso para requerir la inmediata dirección del Médico tan pronto sobrevenga cualquier accidente o anormalidad.

El Primer Congreso Nacional de Matronas[113] tuvo lugar en Madrid, en mayo de 1929, y el siguiente Congreso, en Barcelona[114] fue en septiembre de ese mismo año, de ámbito Internacional. En ambos encuentros históricos se debatieron temas importantes, también en la actualidad como son la colegiación obligatoria en los Colegios de Matronas, cómo regir las hojas del Registro Civil e, incluso, la definición de las carreras de matronas, practicantes y enfermeras, así como el acuerdo de que *los partos sean asistidos por matronas y, de requerirse auxilios facultativos, por especialistas en la materia*. Tras estos acontecimientos, en 1930, se establece la colegiación obligatoria para estas profesionales publicando en la Real Orden[115] la creación de los Colegios provinciales de matronas, sus Estatutos y la obligatoriedad de su colegiación en los mismos.

En 1931 se produce la Adscripción a la Facultad de Medicina de la 1ª Escuela de Matronas "Escuela de Matronas de Santa Cristina"[116]. La necesidad de que la Casa de Maternidad que, con el nombre de Escuela Especial de Matronas […] dé su debido *rendimiento a la enseñanza, sin dejar de prestar los servicios de asistencia a las embarazadas y enfermas ginecológicas, y con el fin de coordinar su futura labor docente con la similar en la Facultad de Medicina de Madrid, obliga a someterlas a un régimen y gerencia único, y en su virtud se dispone la adscripción a la Facultad de Medicina de Madrid, la Escuela Especial de Matronas, pasando sus servicios a*

[113] Congreso Nacional de Matronas. Madrid. 1929. Edición del sábado, 18 mayo 1929, página 24. Hemeroteca La Vanguardia. [Internet]. [Consulta el 6 de abril 2013] Disponible en: http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1929/05/12/pagina24/33220585/pdf.html?search=congreso%20matronas

[114] Congreso Internacional de Matronas, Barcelona. 1929. Hemeroteca de ABC. 26 de septiembre 1929. [Internet]. [Consulta el 6 de abril 2013] Disponible en: http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1929/09/26/028.html

[115] Real Orden por la que se crean los colegios provinciales de matronas. Estatutos de los Colegios Oficiales de Matronas. Gaceta de Madrid, núm. 129. pág. 913. 9 de mayo 1930. [Internet]. [Consulta el 6 de abril 2013] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/028.1930.pdf

[116] Adscripción a la Facultad de Medicina de la 1ª Escuela de Matronas "Escuela de Matronas de Santa Cristina" Gaceta de Madrid núm. 298, pág 501. 25 de octubre 1931.[Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/032.1931_%282%29.pdf

depender de dicha Facultad. Uno de los muchos textos que se utilizaron en esta Escuela es el que realizó uno de sus más insignes profesores, el Dr. Orengo, cuyo libro Obstetricia para matronas[117] ya hemos comentado anteriormente. Otro de los textos empleado en aquellos años era el de Bossi, dedicado a la formación de las comadronas; y la traducción española del texto de Piskacek[118].

Posteriormente, y dada la importancia conferida a la carrera de Matrona y el interés social que encarnaba la formación rápida de este personal técnico, se publicó una Orden[119], en 1937, para impartir cursos intensivos de formación de matronas con una duración de dos semestres, con veinte plazas, aunque solamente se realizó durante dos convocatorias. Dentro del plan de estudios se incluían, entre otros temas: El embarazo normal. El parto normal. El puerperio normal.

En 1944, la Ley de Sanidad Nacional[120] de 25 de Noviembre de 1944 establece que, para la debida atención de las necesidades sanitarias de los Ayuntamientos, en cada Municipio o Mancomunidad de Municipios debía haber *Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Odontólogos, Practicantes y Matronas en el número y condiciones que fije el reglamento correspondiente*. Y en 1945 se publica la Orden[121] de 26 de Noviembre de 1945, en la que se aprueba el Reglamento y Estatutos del Consejo General de Auxiliares y de los Colegios Provinciales, tanto para los Practicantes, como las Enfermeras, y las Matronas, en el que, concretamente en su artículo doce, indica que "*Las Matronas están autorizadas por su titulo para asistir a los partos y sobrepartos normales, pero no a los distócicos. Tan pronto como el parto o sobreparto deje de mostrarse normal, quedan obligadas las Matronas a avisar sin pérdida de tiempo, bajo su responsabilidad, a un Médico. Como auxiliar de los Médicos, pueden asistir a las embarazadas y parturientas, siguiendo las indicaciones*

[117] Orengo, F. Obstetricia para matronas. op. cit.
[118] Valle, J.I. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957 op.cit.
[119] Orden 23 junio 1937 para impartir cursos intensivos de formación de matronas. Gaceta de la República, núm ilegible. Pág 212. 15 de julio 1937. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/039.1937.pdf
[120] Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944 de organización de la Sanidad. Boletín Oficial del Estado. núm. 331. pág. 8935. 26 de noviembre 1944. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/045.1944%20_%282%29.pdf
[121] Orden de 26 de noviembre de 1945. Sanidad. Aprueba: Reglamento y Estatutos del Consejo General de Auxiliares y de los Colegios Provinciales, respectivamente, y los Estatutos del Consejo de previsión y socorros mutuos. Boletín oficial del Estado núm. 339, pág. 3334 de 5 de diciembre de 1945. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/046.1945.pdf

del Facultativo", siendo actualizados los estatutos en la Orden Ministerial[122] de junio de 1951.

En 1952, se publica una Orden[123] por la que se hacen extensivas a los estudios de Matrona las Órdenes de 4 de diciembre y 24 de enero últimos, sobre examen de ingreso para que los estudios de Practicante se hagan extensivos a los estudios de Matrona, en los propios términos y condiciones, tras la petición formulada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Matronas de España. Y en 1953 se publica la Orden de 10 de marzo, por la que se nombra una Comisión encargada de formular un proyecto de reforma del Reglamento y plan de estudios de la carrera de Matrona [124], así como el Real Decreto[125] por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios, aglutinando bajo el título único de A.T.S., las carreras de practicantes, matronas y enfermeras, a la vez se establece la posibilidad de especialización para los A.T.S, la primera de las cuales es la de Matrona (Diploma de Asistencia Obstétrica).

En su artículo quinto establece que: *"Esta especialidad requerirá dos años de estudios y prácticas en las Escuelas de Ayudantes masculinos o femeninos que hayan organizado las respectivas enseñanzas"* pero esto no se llevó a cabo, tal y como refiere Linares[126], y además, según se recoge en una Orden posterior, se disolvieron los colegios de matronas, designando una comisión provisional[127], y con la aprobación, en abril de

[122] Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. Boletín Oficial del Estado núm.180 pág.3060. 29 de junio 1951. [Internet]. [Consulta el 6 de abril 2013] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/048.1951.pdf

[123] Orden de 19 de febrero de 1952 por la que se hace extensivas a los estudios de Matrona la Orden de 4 de Diciembre de 1951 y 24 de enero últimos, sobre examen de ingreso para la carrera. Boletín Oficial del Estado núm. 74. pág. 1170. de 14 de marzo 1952. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en :http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/049.1952.pdf

[124] Orden de 10 de marzo de 1953 por la que se nombra una Comisión encargada de formular un proyecto de reforma del Reglamento y plan de estudios de la carrera de Matrona. Boletín Oficial del Estado, núm. 77, página ilegible, de 18 de marzo 1953. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/050.1953.pdf

[125] Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios, aglutinando bajo el título único de A.T.S., las carreras de practicantes, matronas y enfermeras; a la vez que se establece la posibilidad de especialización para los A.T.S. la primera de las cuales es la de Matrona (Diploma de Asistencia Obstétrica). Boletín Oficial del Estado, núm. 363, pág 7723. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/051.1953%20_%282%29.pdf

[126] Linares, M. Las matronas en el Jaén del Siglo XX. 2008. Op cit. Pág 56.

[127] Orden de 25 de enero de 1954 por la que se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, designando una Comisión para sustituirlos provisionalmente. Boletín Oficial núm. 43, pág 827. 12 de febrero 1954. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/052.1954_%281%29.pdf

1954[128] del Reglamento del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios, en cuyo artículo séptimo especifica que la *Dirección del Consejo Nacional estará dividida en tres secciones: practicantes, matronas y enfermeras, que actuarán independientemente unas de otras*.

En 1955 se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas[129] y en el Decreto 18 de enero de 1957[130] se establece la especialización de Matrona para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos, mediante una nueva organización de enseñanzas de Matrona. Se establece como un exclusivo carácter de especialización, mediante lecciones teóricas y ejercicios prácticos, durante un año íntegro, con el requisito previo de haber aprobado los tres años de la carrera de Ayudante Técnico Sanitario femenino con el fin, según se refleja literalmente en su introducción: *de elevar el nivel de estas profesiones* y *auxiliares en los términos adecuados para su más eficaz actuación* y, además, según el artículo segundo, es necesario *tener menos de 45 años*. Cabe destacar el artículo quinto, en el que se describe que las enseñanzas de Matronas sólo pueden seguirse en régimen de internado, y se deben dar precisamente en Clínicas de Obstetricia, con un año de duración, comenzando a principios de octubre para finalizar el treinta de septiembre siguiente. Ocho meses se dedican a estudios teórico prácticos y otros cuatro a prácticas y añade, para finalizar este Decreto: *Superadas favorablemente las pruebas finales, el Ministerio de Educación expedirá el Diploma de Matrona cuya posesión habilitará a las que lo obtengan para la asistencia a partos normales y servicios auxiliares al Médico, que con esta función se relacionen.*

En abril de ese mismo año se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos[131], en la que se recogen 40 lecciones o temas, con solo sus

[128] Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatutos o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 99. p. 2259. 9 de abril 1954. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/053.1954%20_%282%29.pdf

[129] Orden de 1 de julio de 1955 por la que se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas. Boletín Oficial del Estado, núm. 204, de 23 de julio 1955. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/056.1955.pdf

[130] Decreto 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado, núm. 48, pág. 832, de 12 de febrero 1957. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/058.1957.pdf

[131] Orden de 23 febrero de 1957. op cit.

enunciados, pero no especifica los contenidos, las horas de formación teórica ni cómo se lleva a cabo la parte práctica del programa.

A partir de esta Orden, entre 1957 y 1976, se autorizan cronológicamente a las siguientes Escuelas de A.T.S. femeninas para impartir la especialidad de Matrona:

- Navarra[132].
- Zaragoza[133].
- Cruz Roja (Madrid)[134].
- "Casa Salud Valdecilla" (Santander)[135].
- Granada[136].
- Hermandad de "Salus Infirmorum", de Cádiz[137].
- Valencia[138].

[132] Orden de 6 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Navarra a que establezca la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 26, pág 994, de 30 de enero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/060.1957_%20NAVARRA.pdf

[133] Orden de 7 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zaragoza para establecer la especialidad de Asistencia Obstétrica. (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 28, pág. 1084, de 1 de febrero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/061.1957_ZARAGOZA.pdf

[134] Orden de 28 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Cruz Roja de Madrid para establecer la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 33, pág. 1277, de 7 de febrero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/062.1957_CRUZ_ROJA.pdf

[135] Orden de 25 de febrero de 1958 por la que se autoriza la creación de la especialidad de Asistencia Obstétrica – Matrona- a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla" de Santander. Boletín Oficial del Estado núm. 93, pág. 3379, de 18 de abril 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/063.1958_SANTANDER.pdf

[136] Orden de 20 de junio de 1958 por la que se crea en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de Granada la especialidad de "Asistencia Obstétrica". Boletín Oficial del Estado núm. 225, pág. 8257, de 19 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/064.1958_GRANADA.pdf

[137] Orden de 20 de junio de 1958 por la que se autoriza la creación de la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Hermandad de Salus Infirmorum de Cádiz. ". Boletín Oficial del Estado núm. 226, pág. 8296, de 20 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/065.1958_CADIZ.pdf

[138] Orden de 20 de junio de 1958 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de Valencia. Boletín Oficial del Estado núm. 227, pág. 8328, de 22 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/066.1958_VALENCIA.pdf

- Barcelona (Diputación)[139].

- Málaga[140].

- Santiago de Compostela[141].

- Valladolid[142].

- La Laguna[143].

- Zaragoza (adscrita a la Facultad de Medicina)[144].

En la Orden[145] de 13 de enero de 1958 se establece la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión de Ayudantes Técnicos Sanitarios, de uno y otro sexo, haciéndolo en la *Sección de Practicantes los procedentes de las Escuelas Masculinas, en la Sección de Enfermeras las de las Escuelas Femeninas y en las de Matronas las*

[139] Orden de 17 de febrero de 1959 por la que se crea una Escuela oficial de especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) dependiendo de la Diputación Provincial de Barcelona. Boletín Oficial del Estado núm. 85, p. 8390, de 9 de abril 1959. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/067.1959_BARCELONA.pdf

[140] Orden de 10 de julio de 1961 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos del Hospital Provincial de San Juan de Dios de Málaga. Boletín Oficial del Estado núm. 193, p. 12000, de 14 de agosto 1961. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/068.1961_MALAGA.pdf

[141] Orden de 13 de abril de 1962 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago. Boletín Oficial del Estado núm. 123, p. 6995, de 23 de mayo 1962. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/069.1962_SANTIAGO.pdf

[142] Orden de 31 de agosto de 1972 por la que se autoriza la creación de la especialidad de "Asistencia Obstétrica" (Matronas) como ampliación de estudios de la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y se aprueba su Reglamento. Boletín Oficial del Estado núm. 252, p. 18680, de 20 de octubre 1972. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/070.1972_VALLADOLID.pdf

[143] Orden de 4 de diciembre de 1974 por la que se crea la Escuela de Asistencia Obstétrica (Matronas) en la Facultad de Medicina de La Laguna. Boletín Oficial del Estado núm. 310, p. 26273, de 27 de diciembre 1974. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/071.1974_LA_LAGUNA.pdf

[144] Orden de 15 de octubre de 1976 por la que se crea la Escuela de Especialidad de Asistencia Obstétrica" (Matronas) para Ayudantes Técnicos femeninos, que quedará adscrita al Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Boletín Oficial del Estado núm. 299, p. 24912, de 14 de diciembre 1976. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/072.1976_ZARAGOZA.pdf

[145] Orden de 13 de enero de 1958 por la que se establece la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 32, p. 192. 6 de febrero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/073.1958.pdf

especializadas que se propongan ejercer tal disciplina. Puesto que a los hombres aún no se les permitía acceder a la especialidad de matrona.

En el Decreto del 17 de noviembre de 1960[146] sobre el ejercicio profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, se recogen funciones específicas de cada grupo profesional. En su artículo primero se establece que las *Matronas, al igual que los Practicantes y Enfermeras pueden ejercer sus funciones tanto en centros oficiales, instituciones sanitarias y clínicas públicas o privadas, como en trabajo profesional libre, siempre que su actuación se realice bajo la dirección o indicación de un médico y que se hallen inscritos en los respectivos Colegios Oficiales.* Se estipula que las enfermeras y practicantes tendrán los mismos derechos que las A.T.S. salvo en lo concerniente a los partos, y especifica en su artículo cuarto que: *las Matronas están autorizadas para asistir a los partos y puerperios normales, pero no a los distócicos. Tan pronto como el parto o puerperio dejen de mostrarse normales, quedan obligadas a avisar sin pérdida de tiempo, bajo su responsabilidad, a un médico. La asistencia a que les autoriza su título se debe entender en el sentido de que están facultadas para aplicar cuantos tratamientos sean ordenados por el Médico en la vigilancia del embarazo y con motivo del parto y puerperio, incluyendo la administración parenteral.* En este Decreto ya vemos reflejadas las funciones de las matronas establecidas en ese momento; posteriormente, desarrollaremos las funciones en la actualidad así como sus propias competencias dentro de la atención al parto.

En 1963 se publica el Decreto 446/1963, de 28 de febrero[147] por el que se habilita a las Enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matronas) tras aprobar un examen de ingreso que versa sobre las siguientes materias: Matemáticas, Física, Química, Bacteriología e Higiene o, en su defecto, realizar y aprobar un curso preparatorio, de seis meses de duración, sobre las asignaturas fundamentales de la especialidad, comprendidas en el plan de estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

[146] Decreto 17 de noviembre 1960 sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. Boletín Oficial del Estado núm. 302, p. 17308, de 17 de diciembre 1960. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/074.1960.pdf

[147] Decreto 446/1963, de 28 de febrero 1963 por el que se habilita a las enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matronas). Boletín Oficial del Estado núm. 59, p. 3974. de 9 de marzo 1963. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/075.1963.pdf

En ese mismo año, se publica una Orden[148], por la que se determina que los títulos de Practicantes, Matrona y Ayudante Técnico-Sanitario, expedidos por el Departamento, se consideren, a todos los efectos, como Técnicos de Grado Medio.

Es en 1967 cuando se publica la Orden[149] por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. Encontramos, en esta Orden, una serie de funciones que corresponden a la matrona: por una parte, aquella que actúa en Institución cerrada (artículo 18), entre las que destacamos, en primer lugar, que la Matrona debe ejercer las funciones de auxiliar del Médico cumplimentando las instrucciones que, por escrito, reciba del mismo, así como asistencia auxiliar de las embarazadas, parturientas y puérperas ingresadas en la Institución, observando siempre las órdenes y orientaciones del personal médico. En relación a la atención al parto, en el punto tres se contempla:

> *La asistencia a los partos normales en aquellos casos en que por el Médico se haya comprobado la normal evolución clínica del mismo, viniendo obligada en este caso a avisar, sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, al Médico en cuanto observe cualquier anormalidad en su evolución.*

Es aquí donde se incluye que el Médico es quien debe comprobar la normal evolución clínica del mismo, circunstancia no contemplada hasta este momento, y que coincide con una mayor asistencia dentro de una Institución cerrada y a pesar de que, en el Decreto de 1960, se establecía que el desarrollo de las funciones de las matronas podía ocurrir tanto en centros oficiales, instituciones sanitarias y sanatorios, como en clínicas públicas o privadas, con la consideración de *trabajo profesional libre.*

En cambio, de las funciones de la Matrona en los Equipos de Tocología destacamos no sólo la referencia a ser auxiliar del Médico, cumplimentando las instrucciones que reciba del mismo, sino también auxiliar de la Dirección de la Institución y de la Jefatura Provincial de Servicios Sanitarios en relación con el servicio.

---

[148] Orden de 24 de mayo de 1963 por la que se determina que los títulos de Practicante, Matrona y Ayudante Técnico Sanitario sean considerados como Técnico de Grado Medio. Boletín Oficial del Estado núm.152, p. 10134. 26 de junio de 1963. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/076.1963_TECNICOS.pdf

[149] Orden de 22 de abril de 1967 por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm.112, pp. 6258-6265, 11 de mayo 1967. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1967/05/11/pdfs/A06258-06265.pdf

Como vemos, desde este momento se utiliza el término *auxiliar* para denominar la función de ayudar y no desempeñar por sí misma funciones que desarrollaba cuando la formación era diferente.

Y en cuanto a la atención al parto, también contemplado en el punto 3:

La asistencia a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que haya recibido de los especialistas, así como las prácticas de educación maternal que se establezcan tanto en Institución como a domicilio.

Esta Orden pone de manifiesto que cualquier actividad que la matrona realiza debe estar bajo las órdenes del médico tocólogo, comprobando la normal evolución clínica del mismo o dando su conformidad a través de sus instrucciones. Posteriormente, en 1973 se aprueba, en la Orden[150] de 26 de abril de 1973 el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social que, aunque deroga la Orden anterior, tan sólo añade algunas funciones a las ya descritas.

En su artículo 65 hace referencia al ámbito de actuación de las matronas, que pueden ejercer sus funciones en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social o a domicilio, y enumera las funciones que corresponde desarrollar en los Equipos Tocológicos en Instituciones abiertas (artículo 66), Instituciones cerradas (artículo 67), en los Equipos Tocológicos que no actúen en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y en los Servicios Sanitarios Locales (artículo 69).

Señalamos que, *buena ley franquista*, tal y como la define Fernández[151], *este estatuto utiliza un lenguaje autoritario y trata a la comadrona como a una mera auxiliar del médico*, a quien todo el mundo puede mandar, desde el médico hasta la Jefatura Provincial. La única competencia que se le reconoce, según esta Orden, es la de atender partos normales, siempre y cuando previamente haya sido comprobada por el médico la normal evolución clínica de los mismos, siendo derogada posteriormente por

[150] Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 102, pp.. 8519-8525. 28 abril 1973. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1973/04/28/pdfs/A08519-08525.pdf

[151] Fernández, F. y Canales, G. Configuración legal, régimen de responsabilidad y recomendaciones para el desarrollo profesional. Recopilación y estudio de las leyes y resoluciones judiciales que inciden en la actividad de las comadronas. Associació Balear de Comares. Enero 2012. 978-84-616-0134-9

la ley 55/2003[152], de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su disposición derogatoria única 1, apartado f).

De esta manera, queda recogida, de forma legal, la jerarquización en la estructura hospitalaria en cuanto a la asistencia a los partos en ese momento, y quién determina la normalidad de un proceso y ordena las instrucciones a seguir en cada momento del mismo, destacando la *responsabilidad de avisar al médico sin pérdida de tiempo y bajo su responsabilidad, en cuanto observe cualquier anormalidad en su evolución.*

En 1977, se publica el Real Decreto 2128/1977[153], sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, creándose el título de Diplomado en Enfermería, y la Orden[154] de 31 de octubre de ese mismo año por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, cuyas directrices contemplan una duración de tres años, enseñanzas distribuidas en las áreas de conocimiento siguientes: Ciencias básicas, médicas, de la enfermería, de la conducta y Salud Pública, y cuya duración en horas se establece en un número mínimo de 4.600, debiendo dedicarse a la formación práctica al menos un cincuenta por ciento del total. Esto supuso, según Linares, un cambio en la concepción biologicista de las enfermeras hacia una concepción más integral de los cuidados, centrada en la persona, más que en las disposiciones del profesional de la medicina[155].

El Real Decreto 2287/1980[156] permite la especialización de asistencia obstétrica a los hombres, suprime las enseñanzas en régimen de internado y establece el nombre de Matrona como denominación para ambos sexos:

[152] Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado núm. 301, pp. 44742-44763. 17 de diciembre 2003. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf

[153] Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 200, págs: 18713-18717. 22 de agosto 1977. [Internet] [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006

[154] Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado núm. 283, pp. 25987-25989. 26 de noviembre 1977. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232

[155] Linares, M. Las matronas en el Jaén del Siglo XX. 2008. Op cit. Pág 57.

[156] Real Decreto 2287/1980 de 28 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957 que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 258, p. 23928. 27 de octubre 1980. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297

Artículo primero.- *Los Ayudantes Técnicos Sanitarios, tanto masculinos como femeninos, podrán cursar la especialización de Asistencia Obstétrica establecida por el Decreto de dieciocho de enero de mil novecientos cincuenta y siete, y obtener el diploma correspondiente, quedando suprimida la limitación por razón del sexo en él contenida.*

Artículo tercero. *El Ministerio de Universidades e Investigación expedirá a quienes superen las pruebas finales de esta especialización, el diploma de asistencia obstétrica equivalente al de matrona, denominación tradicional que podrá seguir utilizándose profesionalmente de forma indistinta.*

En 1980, se publica en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas[157], en la que los Estados miembros se comprometen a supeditar el acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas en base a la Directiva 80/154/CEE[158], a la posesión de un diploma, certificado u otro tipo de matrona que garantice que el interesado ha adquirido, en el periodo de su formación:

a) Un adecuado conocimiento de las ciencias que sirven de base a las actividades de matrona o asistente obstétrico, en particular, de la obstetricia y la ginecología.
b) Un adecuado conocimiento de la deontología y de la legislación profesional.
c) Un profundo conocimiento de las funciones biológicas, de la anatomía y de la fisiología en el ámbito de la obstetricia y del recién nacido, así como el conocimiento de las relaciones existentes entre la salud y el medio físico y social del ser humano, y de su comportamiento.
d) La comprensión necesaria de la formación del personal sanitario y de la experiencia de colaboración con el personal.

Además, propone dos tipos de formación: una específica a tiempo completo durante, al menos tres años de estudios teóricos y prácticos; y, tras haber realizado, al menos, los diez primeros cursos de la formación escolar general o durante al menos

[157] Directiva del Consejo de 21 de enero de 1980 sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas. (80/155/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas .num. L 33/8. 06, vol2. pág 95- [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/doue/1980/033/L00008-00012.pdf

[158] Directiva del Consejo de 21 de enero de 1980 sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matronas y que contiene además medidas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios (80/154/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Núm L33/1. 06. vol 02. p. 89-94. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en http://www.boe.es/doue/1980/033/L00001-00006.pdf

dieciocho meses tras obtener un diploma de enfermería de cuidados generales. Pero es en 1986, año en el que España se incorpora en la Comunidad Económica Europea, cuando se adquiere el compromiso de adecuar los contenidos formativos de matrona a estas Directivas.

Destacamos el artículo 4 de esta Directiva, en el que se considera que los Estados miembros garantizarán que las matronas estarán facultadas, por lo menos, para acceder a las actividades que se enumeran y para el ejercicio de éstas, que son las mismas, incluidas además las siguientes:

1. Garantizar una buena información y aconsejar en materia de planificación familiar;
2. Comprobar el embarazo, y vigilarlo durante su curso normal, efectuando los reconocimientos necesarios para vigilar la evolución del embarazo normal;
3. Prescribir o aconsejar los reconocimientos necesarios para un diagnóstico lo más precoz posible de cualquier embarazo con riesgo.
4. Establecer un programa de preparación de los futuros padres para su papel de tales, garantizarles la preparación completa para el parto y aconsejarles en materia de higiene y alimentación;
5. Asistir a la parturienta durante el desarrollo del trabajo y vigilar el estado del feto *in útero* por los medios clínicos y técnicos apropiados;
6. Ayudar al parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, e incluso, si es necesario y, en caso de urgencia, ayudar al parto en caso de presentación de nalgas;
7. Detectar en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico, y asistir a éste en caso de que intervenga; tomar las medidas de urgencia que sean necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida del reconocimiento uterino manual si fuera necesario;
8. Reconocer al recién nacido y ocuparse del cuidado del mismo; tomar todas las iniciativas que sean precisas en caso de necesidad, y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;
9. Asistir a la parturienta, vigilar el puerperio y dar todos los consejos útiles que permitan criar al recién nacido en las mejores condiciones posibles;
10. Prestar los cuidados prescritos por el médico;
11. Extender los informes escritos que sean necesarios.

Señalamos el punto 6, en el que se contempla el proceso clave en el que centramos nuestro estudio, la atención al parto normal, y la consideración de ayudar al

mismo, en lugar de atender o asistir, y veremos después cómo es modificado para adecuarse a las normativas vigentes.

Posteriormente y mediante el Real Decreto 111/1980[159], se dispone la homologación del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado de Enfermería y en 1983 se publica la Ley sobre la reforma Universitaria[160], siendo en 1987 cuando, en el Real Decreto 992/1987[161], se regulan las nuevas especialidades para enfermería pasando la de matrona a llamarse especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). En este Real Decreto se deroga el publicado en 1957, en el que se establecía la especialidad para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos y además, se regula la obtención del título de enfermero especialista. Pero lo que trajo consigo este Real Decreto fue el cierre de las Escuelas Oficiales de Matronas. Posteriormente, y debido al incumplimiento de España en la adopción de los plazos establecidos a las disposiciones necesarias para ajustar sus programas a las Directrices emitidas, en 1989, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas presenta un recurso contra el Reino de España, publicando en 1991 el Fallo de este Tribunal[162], por el que declara y ordena al reino de España:

> *No tomando, en los plazos prescritos, las disposiciones requeridas para conformarse la directiva 80/155/CEE del Consejo, del 21 de enero de 1980, en relación con la coordinación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas que concernían al acceso a las actividades de la comadrona y el ejercicio de éstas, faltó a las obligaciones que le incumben en virtud del tratado y es condenado en costas*.

[159] Real Decreto 111/1980 de 11 de enero sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm. 20. p. 1760. 23 de enero 1980. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1980/01/23/pdfs/A01760-01760.pdf

[160] Ley Orgánica 11/1983, de 26 de agosto, de Reforma Universitaria. Boletín Oficial del Estado núm. 209, pp. 24034-24042. 1 de septiembre 1983. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1983/09/01/pdfs/A24034-24042.pdf

[161] Real Decreto 993/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Boletín Oficial del Estado núm. 183, pp. 23642-23644. 1 de agosto 1987. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf

[162] Fallo del Tribunal de Justicia de 7 de noviembre de 1991. Comisión de las Comunidades Europeas contra el Reino de España. Incumplimiento directiva 80/155/CEE. Formación de las comadronas. asunto C-313 / 89. Colección de jurisprudencia 1991. p. I-05231. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/103.1991_SENTENCIA_CEE.pdf

También en 1989, las Comisiones Nacionales de las Especialidades elaboran los Programas de Formación sin que se pusieran en marcha las disposiciones necesarias para su desarrollo e implantación hasta el año 1992, año en el que se reinicia la especialidad de Matrona a instancias de la Unión Europea. En el Real Decreto 1017/1991[163], 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, las condiciones de formación, las enseñanzas teórico-prácticas y clínicas, y las modalidades de formación, incorporando así las Directivas del Consejo de las Comunidades Europeas 84/155/CEE, 80/155/CEE y 89/594/CEE[164], ésta última directiva modifica, en su artículo 25, el punto 6 del artículo 4 de la Directiva 80/155/CEE:

> *6. Ayudar al parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, e incluso, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, ayudar al parto en caso de presentación de nalgas;*
>
> Por el siguiente:
>
> 6. *Llevar a cabo el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesaria, la episiotomía y, en caso de urgencia, realizar el parto en presentación de nalgas.*

Todo lo anterior modifica sustancialmente las actividades para las que esta Directiva Europea considera facultadas a las matronas para realizar diferentes actividades, sobre todo en la asistencia al parto normal, pasando, por fin de *ayudar* a *llevar a cabo el parto normal*, con las connotaciones profesionales y responsabilidades que esto conlleva, como comprobaremos con posterioridad, y se incluye, además, la

[163] Real Decreto 1017/1991, de 28 de junio, 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 del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios. Boletín Oficial del Estado núm. 155, p. 21702, 29 de junio 1991. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1991/06/29/pdfs/A21702-21704.pdf

[164] Directiva 89/594/CEE del Consejo, de 30 de octubre de 1989 por la que se modifican las Directivas 75/362/CEE, 77/452/CEE, 78/686/CEE, 78/1026/CEE y 80/154/CEE sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico, de enfermero responsable de cuidados generales, de odontólogo, de veterinario y de matrona, respectivamente, así como las Directivas 75/363/CEE, 78/1027/CEE y 80/155/CEE sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de médico, de veterinario y de matrona o asistente obstétrico respectivamente. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Núm. L 341/19.-29. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/doue/1989/341/L00019-00029.pdf

episiotomía si es necesario, y *realizar*, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas, en lugar de *ayudar*.

En 1992, se publica la Orden[165], 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 a la obtención del título de Enfermero/a especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). La duración del programa formativo se fija en dos años a tiempo completo con un total de 3.534 horas, siendo imprescindible realizar un examen nacional y realizando la Especialidad mediante el sistema E.I.R. (Enfermero/a Interno/a Residente), acreditando a las Unidades Docentes de Matronas como el órgano docente asistencial para impartir el Programa Formativo. Destacamos que en estas disposiciones legales, ya se habla de Enfermero y de Diplomado, en lugar de Enfermera o Diplomada, a pesar de que, en el caso que nos ocupa, la Especialidad de matrona ha sido, mayoritariamente, una profesión eminentemente femenina, como además atestigua su nombre, y, aunque los hombres accedieron a estos estudios posteriormente, vemos cómo, el término en género masculino no aparece, a pesar de diversos intentos por nombrar a este grupo profesional como matrón/a, en la mayoría de las fuentes consultadas no se contempla. Pensamos que es posible que se llegue a nombrar a este colectivo como matrones, como ha pasado con Enfermería, con la finalidad de englobar a todos/as los y las profesionales, aunque creemos que sería deseable que se mantuviera el nombre de matrona como seña de identidad de esta profesión.

En la Orden de 22 de octubre de 1993[166] se convoca la prueba selectiva para iniciar el programa de formación de la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en el año 1994.

Siendo en el año 2005 cuando se aprueban el total de Especialidades de Enfermería mediante el Real Decreto 450/2005[167]:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.

[165] Orden de 1 de junio de 1992. op cit.
[166] Orden de 22 de octubre de 1993 por la que se convoca prueba selectiva para iniciar el programa de formación de la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en el año 1994. Boletín Oficial del Estado núm 254. p. 29959 23 de octubre 1993. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1993/10/23/pdfs/A29959-29959.pdf
[167] Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado núm 106. p. 15480-15486. 6 de mayo 2005. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf

- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

En ese mismo año, y formando parte de la Directiva 2005/36/CEE[168] del Parlamento Europeo y del Consejo, se incorpora la adquisición, no sólo de conocimientos, sino también de competencias, al establecer que los Estados miembros garantizarán durante la formación de matrona, en la sección sexta, artículo 40.3, la adquisición de:

a) Un conocimiento adecuado de las ciencias en que se basan las actividades de las matronas, en particular la obstetricia y la ginecología.

b) Un conocimiento adecuado de la profesión y de la legislación profesional.

c) Un conocimiento detallado de las funciones biológicas, de la anatomía y de la fisiología en el campo de la obstetricia y del recién nacido, así como un conocimiento de la relación existente entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano y de sus comportamientos.

d) Una experiencia clínica adecuada, adquirida en centros acreditados, bajo la supervisión de personal cualificado como matronas y obstetras,

e) Una comprensión adecuada de la formación del personal sanitario y de la experiencia de trabajar con éste.

En relación a la Directiva 80/154/CE, se suprime el término *asistente obstétrico*, en el apartado a); en el apartado b) se suprime el término *deontología* y se amplía al conocimiento de la profesión en general, y se mantiene el conocimiento de su legislación. En cuanto al apartado c) sólo se incluyen pequeñas modificaciones como *conocimiento detallado* en lugar de *profundo*, en el *campo de la obstetricia* en lugar de en el *ámbito de la obstetricia*, y nombra el *estado de salud* y no sólo la *salud,* incorporando el *entorno social* del ser humano y *sus comportamientos* en plural, cambios que no modifican sustancialmente el sentido de estas competencias.

[168] Directiva 2005/36/CEE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE). Diario Oficial de la Unión Europea. num. L 255/ pp.22-142. 30.9.2005. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf

Asimismo añade el punto d), en relación a la experiencia clínica, y la supervisión de matronas y obstetras, manteniendo el último punto en relación a la *formación* del personal sanitario y el trabajo en equipo.

Y, añade, en su artículo 42.1 que se garantizará que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder y ejecutar las siguientes actividades:

a) Prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar.

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

c) Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.

d) Facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición.

e) Prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados.

f) Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.

g) Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero.

h) Reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata.

i) Asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido.

j) Realizar el tratamiento prescrito por el médico.

k) Redactar los informes que sean necesarios.

Vemos que son las mismas contempladas en la Directiva 80/154/CEE con algunas pequeñas modificaciones en cuanto a:

- *Prestar información* en lugar de *garantizar* esa información sobre planificación familiar (apartado a);
- *Diagnosticar* en lugar de *comprobar*, y supervisar, en lugar de vigilar, el embarazo normal (apartado b);

- *Prescribir o asesorar*, sustituye a *aconsejar,* sobre los exámenes para diagnóstico de embarazos de alto riesgo (apartado c);
- *Facilitar,* no sólo establecer, programas de preparación parental, y añade, *preparación completa al parto* (apartado d);
- *Prestar cuidados y asistencia*, y no solo *asistir,* a la parturienta, y *supervisar*, que sustituye a *vigilar*, el estado del feto en el útero (apartado e);
- *Atender*, y no ayudar, como ya se modificó en la Directiva 89/594/CEE por *llevar a cabo,* el parto normal, incluyendo si es necesario la episiotomía, y, en caso de urgencia, atender, y no sólo ayudar, el parto en presentación de nalgas (apartado f); incorporando, como así lo entendemos, el valor de la atención, de forma integral y holística, para prestar cuidados en todo el proceso del nacimiento, actuar en caso necesario, y procurar que todo se desarrolle de forma satisfactoria para la mujer, su criatura, pareja y familia.
- *Reconocer,* en lugar de *detectar,* en la madre anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste (apartado g).

Los apartados h) e i) son prácticamente iguales. En el apartado j) se modifica *prestar los cuidados prescritos* por el médico por: *realizar el tratamiento* prescrito por el médico, y por último, el apartado k), *redactar* los informes que sean necesarios, en lugar de *extender.*

Esta Directiva queda transpuesta al ordenamiento jurídico español mediante el Real Decreto1837/2008[169], contemplando, en su artículo 55, todas las actividades tal y como se incluyen en dicha Directiva y que hemos visto anteriormente, y del que consideramos oportuno extraer los siguientes apartados, relacionados con la atención al parto:

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

f) Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.

g) Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias

[169] Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial l del Estado. núm. 280. 20 noviembre 2008. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-18702

en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida, en su caso, del reconocimiento manual del útero.

En estos tres puntos queda patente la supervisión por parte de la matrona, tanto del embarazo como del parto normal, y la atención al recién nacido/a, destacando su competencia y/o facultad para reconocer las anomalías que precisen la intervención de un médico o su atención en caso de urgencia y en ausencia de éste. En este sentido podemos asegurar que las actividades de las matronas están bien definidas y reconocidas en este Real Decreto.

En cuanto a las competencias de las matronas en la actualidad, hemos analizado, como exponemos en el apartado 5.3, los tres planes de estudios que han cursado las matronas entrevistadas, y el programa formativo vigente en la actualidad, en el que encontramos delimitadas sus competencias profesionales en función de su capacidad, habilidad y destreza al obtener el título de Enfermera Obstétrico-Ginecológica. Hemos visto, asimismo, la importancia otorgada al parto normal, puesto que se nombra en casi toda la legislación relacionada con las matronas, y veremos cómo ha sido su evolución a lo largo del tiempo y lo que se considera hoy en día como parto normal.

5.2. Marco legal y jurídico actual de las competencias de las matronas en España

En el momento actual, la formación de la matrona se encuentra enmarcada dentro de la normativa correspondiente a la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología, conforme a lo establecido en el Real Decreto 183/2008[170]. Estas Unidades se están desarrollando paulatinamente dentro del territorio español, y con la puesta en marcha progresiva en la Región de Murcia, y el sistema de residencia, según el Real Decreto 1146/2006[171] y la Orden SAS/1349/2009[172], de 6 de mayo, en la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería

[170] Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado núm 45, pp. 10020-10034. 21 de febrero 2008. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/21/pdfs/A10020-10035.pdf

[171] Real Decreto 1146/2006. de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado núm 240, pp. 34864-34870. 7 de octubre 2006. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/07/pdfs/A34864-34870.pdf

[172] Orden SAS/1349/2009. op cit.

Obstétrico-Ginecológica (Matrona). En éste se reconocen de forma más detallada las competencias de las matronas como analizaremos a continuación. Mediante los programas oficiales se garantiza la adquisición de las competencias necesarias para su desarrollo profesional, siendo la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias[173], la que define y regula la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica, entre otras, y establece las normas básicas en cuanto al ejercicio de las profesiones sanitarias, distinguiendo *las funciones asistencial, docente y de investigación* (articulo 4.3), y apunta que: *el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley, y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.* (Artículo 4.7).

Encontramos en esta ley la clasificación de licenciados y diplomados que, tras la incorporación al Espacio Europeo de Enseñanza Superior con las titulaciones de Grado, debería ser modificada ya que observamos que, el artículo 7, establece que corresponde a los Diplomados sanitarios una serie de funciones, entre las que señalamos el primer apartado:

> *La prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el proceso*. Siguiendo en el apartado segundo: *Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica, corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales*.

En el caso de los enfermeros, donde está en la actualidad enmarcada la profesión de matrona por ser una especialidad de Enfermería:

a) Corresponde a los Diplomados Universitarios de Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y

[173] Ley 44/2003, de 21 de noviembre. op.cit.

protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

En esta ley queda patente, además, la necesidad de llegar a acuerdos en los que se reflejen las actividades y funciones de cada uno de los miembros que integran el equipo multidisciplinar, tal y como se refleja en la exposición de motivos, formando parte del título II, en el que se señala la necesidad de:

Resolver con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión.

Por esto, en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de forma concisa, sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.

Por último, queremos destacar la publicación del Real Decreto 99/2011[174], de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Éste especifica los requisitos para acceder al doctorado, en su artículo 6 punto 2 c: *los titulados universitarios que, previa obtención de plaza en formación en la correspondiente prueba de acceso a plazas de formación sanitaria especializada, hayan superado con evaluación positiva al menos dos años de formación de un programa para la obtención del título oficial de alguna de las especialidades en Ciencias de la Salud*. Por esto, las matronas podrán acceder a este máximo grado académico sin realizar otros estudios diferentes a su especialidad, como un Máster. Este hecho otorga a las especialidades de Enfermería de un nivel académico aún mayor que el contemplado en otras épocas, con lo que se aumenta el nivel investigador de la profesión de matrona, y la dotará de un

[174] Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. BOE 10 de febrero de 2011. núm 35. sec. I. p. 13914. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/10/pdfs/BOE-A-2011-2541.pdf

corpus propio de conocimientos, lo que creemos redundará, además, en una mejora de su reconocimiento, tanto a nivel social como profesional.

5.3. Programas Formativos de matronas analizados

Describimos los aspectos más destacados de los tres programas formativos que han cursado las matronas entrevistadas, excepto una de ellas que, como ya hemos mencionado, se formó en Inglaterra, con lo que pretendemos averiguar qué conocimientos se contemplan acerca de la atención al parto normal y cuáles de ellos se refieren a las competencias profesionales específicas de estas profesionales.

5.3.1. Programa Formativo publicado en 1957

De los tres programas formativos vemos que el primero de ellos, perteneciente a la Orden de 23 de febrero de 1957[175], en la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos, solamente incluye los temas o lecciones teóricas que se debían impartir. No se recogen las actividades que deben realizar las enfermeras que cursan dicha especialidad, ni las competencias o habilidades que deben adquirir con dicho programa. Lo que sí sabemos, tal y como consta en el artículo quinto del anteriormente citado Decreto[176], es que se desarrolla *en régimen de internado, con un año de duración, del que ocho meses se dedicarán a estudios teórico-prácticos, y otros cuatro meses, totalmente a prácticas.*

De las cuarenta lecciones que incluye este plan, hemos seleccionado aquellas lecciones que están relacionadas con la atención al parto normal, incluyendo la atención al recién nacido, al considerar el binomio madre-hijo como el objeto y objetivo de todo el proceso.

- En primer lugar, vemos que la lección 16 es específica del parto, en la que se incluye tanto su definición (no se menciona el término parto normal), las causas y motor del mismo, como el concepto de contracción uterina y sus *caracteres*.
- En la lección 17 se definen los periodos del parto, y más concretamente del periodo de dilatación. Además, se trata el borramiento del cuello y el limos (término que no ha trascendido hasta nuestros días como tal, sino como tapón

[175] Orden de 23 febrero de 1957. op.cit.
[176] Decreto de 18 de enero de 1957. op cit.

mucoso); la bolsa de las aguas, su fisiología y variedades; la ruptura de la misma y el líquido amniótico.

- La lección 18 está dedicada al periodo de expulsión, la acción de los músculos de la pared abdominal, la dilatación de la vagina, vulva y periné y, además, el periodo de alumbramiento y sus mecanismos.
- En la lección 19 se hace referencia al curso clínico e influencia del parto sobre el organismo materno y fetal, la duración y pronóstico del parto y los conceptos de asepsia y antisepsia en obstetricia.
- La lección 20 versa sobre el mecanismo del parto en general y la conducta a seguir en los distintos periodos, así como los preparativos útiles necesarios y la ligadura del cordón.
- En la lección 21 encontramos la referencia al diagnóstico, mecanismo y asistencia al parto en las presentaciones de vértice, sincipucio, frente y cara. Hemos seleccionado esta lección en tanto en cuanto la presentación de vértice (y en posición cefálica), es la que se considera más adecuada para ser considerado un parto como normal.
- La lección 35 está relacionada con los cuidados al recién nacido y su reanimación.
- Posteriormente, y ya en la lección 38**,** vemos que se menciona la preparación psicológica de la embarazada junto a los diversos métodos de analgesia y anestesia en el parto. Este capítulo hace referencia a lo que actualmente conocemos como Educación Maternal, aunque ha tenido otras denominaciones, como parto sin dolor o preparación al parto en otras épocas. También hace alusión a los diversos métodos de analgesia y anestesia en el parto, lo que en programas posteriores está incluido dentro de los temas relacionados directamente con la atención al parto, tal y como comprobaremos posteriormente.

No refleja las actividades mínimas que deben alcanzar así como el número de horas dedicadas a formación teórica y/o práctica.

5.3.2. Programa formativo publicado en 1992

En la Orden de 1 de junio de 1992[177], por la que se aplica 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), se definen los requisitos para obtener el título de Matrona, el cual *habilitará para el ejercicio profesional de acuerdo con la normativa vigente*. El objetivo principal de este programa formativo es el de formar un especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) que, con una actitud científica y responsable, proporcione una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo reproductivo en relación a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación en los procesos patológicos, y a la madre y al hijo en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al nacido sano, hasta el 28 día de vida, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

En el capitulo cuarto de esta Orden se especifican las materias a impartir por Enfermeros especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona):

a) Teoría y método de Enfermería.
b) Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos.
c) Educación para la Salud de la Mujer.
d) Enfermería Maternal y del Recién Nacido I.
e) Enfermería de la Mujer y de la Familia.

Concretamente, la formación teórica correspondiente a la atención al parto se incluye en la asignatura **Enfermería maternal y del recién nacido I**, y los contenidos son los siguientes:

- Embarazo normal, asistencia y cuidados.
- Dietética y nutrición.
- Parto normal**,** asistencia y cuidados.
- Atención inmediata del recién nacido normal.
- Puerperio normal, asistencia y cuidados.
- Aspectos psicológicos de la maternidad y paternidad.
- Valoración y desarrollo del recién nacido y cuidados hasta el 28 día de vida.

[177] Orden de 1 de junio de 1992. op. cit.

La formación completa de la matrona con este plan de estudios corresponde a un total de: 1.190 horas teóricas y 2.344 horas prácticas, lo que suma 3.534 horas totales. Y las enseñanzas prácticas que se impartan bajo la vigilancia especializada adecuada deberán, al menos, cumplir los siguientes requisitos en relación a la atención al parto normal:

- Supervisión y cuidado de, por lo menos, cuarenta parturientas.
- El alumno debe llevar a cabo personalmente, por lo menos cuarenta partos; donde no pueda llegarse a esta cifra por no disponer de suficientes parturientas, podrá reducirse a un mínimo de treinta, a condición de que el alumno participe activamente además en veinte partos.
- Práctica de la episiotomía e iniciación a la sutura. La iniciación comprenderá una enseñanza teórica y ejercicios clínicos. La práctica de la sutura incluirá la sutura de episiotomías y los desgarros simples del perineo que pueden realizarse en situaciones simuladas si llegase a ser absolutamente necesario.
- Supervisión y cuidado, incluido el examen, de al menos cien puérperas y recién nacidos sanos.

No hemos incluido, por considerar que no forman parte de la atención exclusivamente al parto normal: la atención a mujeres embarazadas, la participación en los partos de nalgas (a pesar de estar contemplada su realización en caso de urgencia, en el mismo punto del parto normal, en la Directiva 89/594/CEE como vimos anteriormente), la supervisión de mujeres de riesgo durante embarazo, parto y puerperio, la observación de recién nacidos que necesiten cuidados especiales, el cuidado de mujeres que presentan patologías en el ámbito de la ginecología y la obstetricia, y la iniciación en los ámbitos de la Medicina y la Cirugía, aunque hemos tenido en cuenta el cuidado y examen de puérperas, por formar parte del punto que incluye a los recién nacidos sanos.

5.3.3. Programa Formativo publicado en 2009

En el último programa formativo analizado, publicado en mayo de 2009[178], destacamos el apartado 3, en el que se incluye la siguiente definición de matrona como:

> *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, asimismo, 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.*

Añade además que:

> *Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer, en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno infantil. En estos programas la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la "Estrategia del parto normal".*

Destacamos la mención que hace a una de las actividades de la matrona: la de promocionar y favorecer la normalidad en el proceso fisiológico del parto, al igual que en la definición de la Confederación Internacional de Matronas, sobre favorecer o promocionar el parto natural, y el reconocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal como publicación importante a tener en cuenta en la formación de estas profesionales, así como a la inclusión de la adquisición de competencias dentro del objetivo general del programa formativo, a través de una serie de competencias específicas para cada una de ellas, mediante un sistema de residencia que consiste en aprender haciendo.

El objetivo general del programa es la adquisición de competencias, de manera que, al concluir el periodo formativo, la matrona residente haya adquirido las

[178] Orden SAS/1349/2009. op cit.

competencias profesionales que se relacionan en el mismo y la metodología docente teórica, que consiste en el 26% del total del programa formativo, de las que extraemos los temas relacionados con la atención al parto, y que están incluidos en la materia denominada: Enfermería Maternal y del Recién Nacido I.

En relación a la formación teórica, los objetivos del tema dedicado al Parto son:

- *Comprender los procesos de un parto normal y las distintas formas y ámbitos en los que se puede desarrollar, desde el punto de vista físico, psíquico y social y*

- *Proporcionar a la matrona en formación los conocimientos necesarios para valorar, planificar y administrar cuidados a la mujer y a su hijo en las distintas fases del parto, considerando el conjunto desde una perspectiva integral, fomentando en cada caso la participación activa de la mujer y su pareja cuando sea necesario.*

Y los apartados que contempla son los siguientes:

- **Trabajo de parto y parto**. Nomenclatura. Fisiología de la contracción uterina. Actividad uterina. Causas de inicio del trabajo de parto.
- **Factores que intervienen en el parto.** El feto: estática fetal; cabeza fetal. Canal del parto: canal blando y pelvis ósea. Motor del parto. Inicio del parto y períodos del parto. Inicio del trabajo de parto. Pródromos del parto. Período de dilatación. Período expulsivo. Período de alumbramiento.
- **Mecanismo de parto en presentación de vértice.**
  Asistencia y cuidado de la mujer en el parto. Valoración y cuidado de la mujer en la admisión. Diagnóstico de parto. El partograma. Asistencia y cuidado de la mujer durante la dilatación. Valoración de la evolución del parto. Asistencia y cuidado de la mujer en el expulsivo. Episiotomía y episiorrafia. Asistencia y cuidado de la mujer en el alumbramiento. Extracción y donación de sangre de cordón. Protocolo de asistencia al parto.
- **Valoración del bienestar fetal.** Control clínico. Monitorización bioelectrónica del período de dilatación. Monitorización bioelectrónica del período expulsivo. Monitorización bioquímica.
- **El alivio del dolor en el parto**. Fisiología del dolor en el parto. Percepción del dolor. Atención al parto normal. Plan de nacimiento. Biomecánica del parto

(posiciones que favorecen la evolución del parto). Técnicas no farmacológicas de alivio del dolor. Protocolo de asistencia al parto normal.

- **Fármacos en el parto.** Farmacología en el parto. Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización y manejo de los fármacos en las distintas fases del parto. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
- **Analgesia y anestesia obstétrica.** Oxido nitroso. Mórficos. Anestésicos locales. Anestesia de pudendos. Analgesia peridural. Anestesia general. Asistencia y cuidado de la mujer en el parto dirigido. Inducción de parto. Estimulación del parto. Asistencia y cuidado de la mujer. Aspectos psicológicos de la mujer durante el trabajo de parto. Interacción madre-hijo. Apoyo familiar y profesional en el parto. Diferentes alternativas en la asistencia obstétrica. Hospital. Centros de partos. Parto en el domicilio. Valoración del riesgo materno y perinatal. Atención de matrona.

Y el objetivo del tema dedicado a la atención del recién nacido es el de adquirir conocimientos necesarios para prestar cuidados de Matrona al recién nacido, considerándolo como integrante de una unidad familiar. Los contenidos teóricos son:

- **Adaptación a la vida extrauterina.**
- **Valoración del estado de salud del neonato**. Test de Apgar. Exploración física. Evaluación del peso y la edad gestacional. Clasificación de los recién nacidos según peso y edad gestacional.
- **Atención inmediata al recién nacido**. Cuidados inmediatos al recién nacido. Reanimación neonatal: niveles.
- **Características anatómicas y fisiológicas del recién nacido**. Regulación térmica. Aparatos: respiratorio, circulatorio, digestivo y urinario. Importancia de la valoración neurológica: reflejos, tono muscular y aspectos sensoriales.
- **Atención al recién nacido.** Cuidados generales: higiene, temperatura, cuidados del cordón umbilical. Importancia de las medidas de asepsia en el recién nacido. Historia del recién nacido. Exploración física. Control de signos vitales. Técnicas somatométricas. Interacción madre-hijo y vínculo de relación madre/pareja.
- **Alimentación del recién nacido.** Necesidades nutricionales del neonato. Tipos de lactancia. Lactancia artificial. Concepto. Alimentación con fórmulas lácteas. Técnicas de la lactancia artificial.

- **Asesoramiento al alta**. Importancia del asesoramiento a los padres en el alta del recién nacido. Pruebas de cribaje. Signos de salud/enfermedad. Vacunaciones: calendario. Prevención de los accidentes neonatales. Programa de seguimiento del niño sano.

Esta formación teórica puede impartirse de forma compartida con residentes de otras unidades docentes, de forma ininterrumpida o fraccionada. Y, en cuanto a la formación práctica se consideran necesarios los siguientes criterios para considerar que las matronas adquieren las competencias profesionales descritas:

La formación clínica se realizará mayoritariamente en atención especializada, entre el 60 y el 70% del total, y las actividades mínimas que deben realizar durante su periodo formativo, en relación a la atención al parto normal, son las siguientes:

- Asistir a 100 parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados.
- Asistir a un mínimo de 80 partos normales.
- Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 recién nacidos sanos.

Observamos que se han aumentado los criterios a nivel práctico, en relación al Programa Formativo de 1992, pasando del requisito en la asistencia de cuarenta partos a ochenta, debiendo éstos ser normales, y añade la asistencia a cien parturientas, que pueden ser partos normales o no.

No hemos incluido la entrevista y la confección de la historia clínica de salud reproductiva; el control y asistencia de gestantes; el llevar a cabo programas de Educación maternal; la asistencia a parturientas con factores de riesgo y la participación en partos instrumentales o cesáreas; supervisión y cuidado de puérperas, observación y cuidado de recién nacidos que necesiten cuidados especiales, el cuidado de puérperas y las visitas domiciliarias al recién nacido y la puérpera, por no considerar todas estas actividades como parte de la atención al parto normal propiamente dicha, además de la toma de muestras, atención a mujeres en relación a su cuidado ginecológico, climaterio, infecciones de transmisión sexual, anticoncepción y sexualidad.

Para conseguir la adquisición de sus competencias profesionales, la matrona en formación deberá desarrollar las competencias específicas detalladas en su programa, de las que extraemos las siguientes relacionadas con la atención al parto y al recién nacido, junto a los criterios de realización necesarios.

1. Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados, a través de las competencias específicas siguientes:

A) Asistir a la mujer en el proceso de parto

Cuyos criterios de realización o actividades necesarias para obtener esta competencia son:

1. Diagnosticar el parto y sus fases.
2. Realizar la anamnesis y elaborar el partograma.
3. Revisar con la mujer el plan de nacimiento.
4. Realizar exploración física y obstétrica.
5. Evaluar el estado general materno.
6. Valorar la dinámica uterina.
7. Evaluar el estado fetal.
8. Identificar los factores de riesgo materno-fetales.
9. Detectar los problemas de salud.
10. Valorar el progreso de parto.
11. Promover el parto normal.
12. Informar de la evolución del proceso del parto.
13. Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso de parto.
14. Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género.
15. Realizar apoyo psicológico a la mujer y pareja.
16. Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de parto.
17. Proporcionar confort a la mujer.
18. Realizar procedimientos y las medidas adecuadas en el manejo del parto.
19. Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
20. Asistir el parto eutócico.
21. Realizar y suturar la episiotomía, en caso necesario.

22. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el parto, de acuerdo a la legislación vigente.
23. Realizar, en caso de urgencia, la extracción manual de placenta y el reconocimiento manual del útero.
24. Asistir, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas.
25. Colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural.
26. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

B) <u>Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y, en caso de necesidad, realizar la reanimación inmediata.</u>

1. Atender de forma inmediata al recién nacido para facilitar la adaptación a la vida extrauterina.
2. Realizar anamnesis y detección de los factores de riesgo.
3. Realizar una valoración general, incluyendo las diferentes técnicas de exploración física.
4. Ejecutar los niveles de reanimación neonatal que precise.
5. Favorecer el contacto precoz madre-hijo.
6. Favorecer y apoyar la lactancia materna.
7. Aplicar los cuidados inmediatos al recién nacido.
8. Informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación.
9. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente.
10. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

Niveles de responsabilidad y autonomía

Por último, comprobamos que sólo en este Programa Formativo se contemplan diferentes niveles de responsabilidad y autonomía para conseguir la adquisición de competencias durante el periodo formativo, puesto que la capacidad para realizar determinadas actuaciones de las matronas residentes está relacionada con el nivel de conocimientos y experiencia, como hemos comentado anteriormente. La autonomía es el grado de independencia con el que la matrona residente es capaz de realizar una actividad, y la responsabilidad se establece en función del grado de

supervisión con el que el residente realiza las actividades establecidas durante su periodo formativo.

Se establecen tres niveles de autonomía:

- Nivel 1. Las habilidades adquiridas permiten a la residente de matrona llevar a cabo actuaciones de forma independiente, de manera que no precisa tutela directa, aunque tiene la posibilidad de consultar a la matrona responsable.
- Nivel 2. La residente de matrona tiene los conocimientos pero aun no ha adquirido la suficiente destreza para llevar a cabo actividades de forma independiente.
- Nivel 3. La matrona en formación ha visto o ha ayudado a determinadas actuaciones, pero no tiene experiencia propia.

Y tres niveles de responsabilidad:

- Nivel 1. La residente de matrona realiza actividades por sí misma sin necesidad de tutela directa.
- Nivel 2. Son actividades realizadas directamente por la residente bajo la supervisión directa del tutor o de una matrona u otro profesional sanitario responsable.
- Nivel 3. Engloba las actividades realizadas por los especialistas y observadas o asistidas por la matrona residente.

Cabe destacar que, dado que la matrona residente es previamente enfermera, bien tras cursar una Diplomatura o con el Grado en su haber, ya cuenta con una formación teório-práctica importante en relación a muchas de las actividades necesarias para su desempeño profesional. Por esto, es importante individualizar la formación, de manera que se permita al tutor o tutora decidir el nivel de responsabilidad y autonomía de cada residente. En consecuencia, la matrona residente realiza una serie de actividades que le permiten asumir con eficacia y seguridad las distintas actividades establecidas en su programa formativo, pero sin asumir responsabilidades que estén por encima de sus capacidades, por lo que es importante establecer previamente el nivel de responsabilidad exigible en cada caso, y llevar a cabo una supervisión decreciente aumentando su autonomía, tal y como se establece en el Real Decreto 183/2008.

5.3.4. Comparativa de los tres Programas Formativos

Según el análisis realizado, comprobamos que se ha pasado de un proceso formativo centrado en la enseñanza, a otro centrado en el aprendizaje, puesto que observamos que donde antes se hacía mención a la adquisición de conocimientos, en el programa formativo último se incide en la integración de las competencias generales y específicas así como los criterios o actividades necesarios para su desempeño.

En el primer Programa Formativo analizado, no apreciamos un detallado corpus de contenidos o conocimientos con los que las matronas pudieran desarrollar su profesión con autonomía, sino un gran número de lecciones, y sin especificar la formación práctica de estas profesionales. Esto, que coincidió con el auge de la asistencia a la maternidad en los hospitales, propició que el sistema biomédico las incluyese en un estado de subalternidad, tal y como refleja Menéndez, de ayuda o auxiliar del médico. Es con el Programa Formativo de 1992, regulado por las Directrices Europeas, cuando se recuperó, de alguna forma, la visibilidad de estas profesionales, a pesar de seguir considerando a esta profesión como una especialidad de Enfermería. Se implantó el sistema de residencia, EIR con similitud al sistema de residencia y especialización en Medicina y la formación, tanto teórica como práctica es, al menos en la documentación revisada, mucho más extensa y ordenada, permitiendo al/la residente ajustarse al perfil competencial que se contemplaba en este programa.

No obstante, no es hasta el último programa formativo, cuando se han enumerado y definido todas y cada una de las competencias, tanto generales como específicas, así como las actividades que contempla la profesión de matrona, no sólo en la esfera reproductiva de la mujer, que es donde prácticamente siempre se la ha relacionado, sino también en la parte de sexualidad dirigida a toda la sociedad, aunque esta faceta aún está pendiente de desarrollar. Pensamos que el dominio de estos saberes favorece que las matronas formadas en la actualidad, sean capaces de actuar con eficacia en cualquier situación profesional, integrada en un equipo multiprofesional y en contacto directo con la mujer y la familia. En las siguientes tablas comparamos la formación teórica y práctica relacionada con la atención al parto de los tres programas formativos analizados.

Tabla I. Programas Formativos. Aspectos teóricos sobre la Atención al Parto

Programa Formativo publicado en 1957	Programa Formativo publicado en 1992	Programa Formativo publicado en 2009
Lección 16. Parto**.** Definición. Causas y motor del mismo. Contracción uterina: sus caracteres. **Lección 17.** Períodos del parto. Período de dilatación: borramiento del cuello: limos Bolsa de las aguas: su fisiología y variedades. Ruptura. Líquido amniótico. **Lección 18**. Período de expulsión. Acción de los músculos de la pared abdominal. Dilatación de la vagina, vulva y periné. Período de alumbramiento. Sus mecanismos. **Lección 19**. Curso clínico e influencia del parto sobre el organismo materno y fetal. Duración y pronóstico del parto. Asepsia y antisepsia en obstetricia. **Lección 20.** Mecanismo del parto en general. Conducta a seguir en sus distintos periodos. Preparativos útiles necesarios, etc. Ligadura de cordón. **Lección 21.** Diagnóstico, mecanismo y asistencia al parto en las presentaciones de vértice, sincipucio, frente y cara.	**Enfermería maternal y del recién nacido I.** (Embarazo normal, asistencia y cuidados) **Parto normal,** asistencia y cuidados. Dietética y nutrición. Aspectos psicológicos de la maternidad y paternidad.	**Enfermería Maternal y del Recién Nacido I**. **Parto: Trabajo de parto y parto.** Nomenclatura. Fisiología de la contracción uterina. Actividad uterina. Causas de inicio del trabajo de parto. **Factores que intervienen en el parto.** El feto: estática fetal; cabeza fetal. Canal del parto: canal blando y pelvis ósea. Motor del parto. **Inicio del parto y períodos del parto.** Inicio del trabajo de parto. Pródromos del parto. Período de dilatación. Período expulsivo. Período de alumbramiento. **Mecanismo de parto en presentación de vértice.** **Asistencia y cuidado de la mujer en el parto**. Valoración y cuidado de la mujer en la admisión. Diagnóstico de parto. El partograma. Asistencia y cuidado de la mujer durante la dilatación. Valoración de la evolución del parto. Asistencia y cuidado de la mujer en el expulsivo. Episiotomía y episiorrafia. Asistencia y cuidado de la mujer en el alumbramiento. Extracción y donación de sangre de cordón. Protocolo de asistencia al parto. **Valoración del bienestar fetal.** Control clínico. Monitorización bioelectrónica del período de dilatación. Monitorización bioelectrónica del período expulsivo. Monitorización bioquímica. **El alivio del dolor en el**

Lección 38. Preparación psicológica de la embarazada. Diversos métodos de analgesia y anestesia en el parto.		**parto**. Fisiología del dolor en el parto. Percepción del dolor. **Atención al parto normal.** Plan de nacimiento. Biomecánica del parto (posiciones que favorecen la evolución del parto). Técnicas no farmacológicas de alivio del dolor. Protocolo de asistencia al parto normal. **Fármacos en el parto.** Farmacología en el parto. Mecanismos de acción en la madre y el feto. Utilización y manejo de los fármacos en las distintas fases del parto. Indicaciones, interacción farmacológica y dosificación.
Lección 35. Primeros cuidados al recién nacido. Reanimación.	Atención inmediata del recién nacido normal. Valoración y desarrollo del recién nacido y cuidados hasta el 28 día de vida.	**Analgesia y anestesia obstétrica.** Óxido nitroso. Mórficos. Anestésicos locales. Anestesia de pudendos. Analgesia peridural. Anestesia general. **Asistencia y cuidado de la mujer en el parto dirigido.** Inducción de parto. Estimulación del parto. Asistencia y cuidado de la mujer. **Aspectos psicológicos de la mujer durante el trabajo de parto.** Interacción madre-hijo. Apoyo familiar y profesional en el parto. **Diferentes alternativas en la asistencia obstétrica**. Hospital. Centros de partos. Parto en el domicilio. Valoración del riesgo materno y perinatal. Atención de matrona. **6. Recién nacido: Adaptación a la vida extrauterina.** **Valoración del estado de salud del neonato.** Test de Apgar. Exploración física. Evaluación del peso y la edad gestacional. Clasificación de

		los recién nacidos según peso y edad gestacional. **Atención inmediata al recién nacido.** Cuidados inmediatos al recién nacido. Reanimación neonatal: niveles. **Características anatómicas y fisiológicas del recién nacido.** Regulación térmica. Aparatos: respiratorio, circulatorio, digestivo y urinario. Importancia de la valoración neurológica: reflejos, tono muscular y aspectos sensoriales. **Atención al recién nacido.** Cuidados generales: higiene, temperatura, cuidados del cordón umbilical. Importancia de las medidas de asepsia en el recién nacido. Historia del recién nacido. Exploración física. Control de signos vitales. Técnicas somatométricas. Interacción madre-hijo y vínculo de relación madre/pareja. **Alimentación del recién nacido.** Necesidades nutricionales del neonato. Tipos de lactancia. Lactancia artificial. Concepto. Alimentación con fórmulas lácteas. Técnicas de la lactancia artificial. **Asesoramiento al alta.** Importancia del asesoramiento a los padres en el alta del recién nacido. Pruebas de cribaje. Signos de salud/enfermedad. Vacunaciones: calendario. Prevención de los accidentes neonatales. Programa de seguimiento del niño sano.

Fuente: Boletín Oficial del Estado. Elaboración propia.

Tabla II. Programas Formativos. Aspectos prácticos sobre la Atención al Parto

Programa Formativo publicado en 1957	Programa Formativo publicado en 1992	Programa Formativo publicado en 2009
	- Supervisión y cuidado de por lo menos 40 parturientas. - El alumno debe llevar a cabo personalmente, por lo menos 40 partos; donde no pueda llegarse a esta cifra por no disponer de suficientes parturientas, podrá reducirse a un mínimo de 30, a condición de que el alumno participe activamente además en veinte partos. - Participación activa en los partos de nalgas. Donde ésta sea imposible por no haber un número suficiente de partos de nalgas, la práctica deberá realizarse en situaciones simuladas. - Práctica de la episiotomía e iniciación a la sutura. La iniciación comprenderá una enseñanza teórica y ejercicios clínicos. La práctica de la sutura incluirá la sutura de episiotomías y los desgarros simples del perineo que pueden realizarse en situaciones simuladas si llegase a ser absolutamente necesario. -Supervisión y cuidado de 40 mujeres de riesgo durante el embarazo, parto o puerperio. - Supervisión y cuidado, incluido el examen, de al menos 100 puérperas y recién nacidos sanos. -Observación y cuidado de recién nacidos que necesiten cuidados especiales, incluidos los nacidos pretérmino, postérmino, así como recién nacidos con peso inferior al normal y recién nacidos enfermos.	- Asistir a 100 parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados. - Asistir a un mínimo de 80 partos normales. - Asistir a 40 parturientas que presentan factores de alto riesgo. - Participar activamente en la atención del parto instrumental o cesárea de 20 mujeres. - Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 puérperas. - Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 recién nacidos sanos. - Observación y cuidado de, al menos, 20 recién nacidos que necesiten cuidados especiales (nacidos pre-término, pos-término, bajo peso o con problemas de salud). - Realizar visitas domiciliarias al recién nacido y puérpera.

Fuente: Boletín Oficial del Estado. Elaboración propia.

CAPITULO 6
DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DEL PARTO NORMAL

6.1. Parto normal. Conceptos e implicaciones para nuestro estudio

Tras realizar un breve recorrido por lo que ha sido el proceso de cientificación de las matronas en España en el último siglo, percibimos que, en el momento actual, los avances tecnológicos como la Investigación, el Desarrollo y la Innovación (I+D+i) han cobrado tal importancia que, lo sencillo, algo tan básico y esencial como es el comienzo de la vida, en algunos momentos parece olvidarse por una aparente lucha abierta entre dos líneas al parecer cada vez más enfrentadas: lo tecnológico y lo natural. En medio de estas dos líneas, nos vemos en la necesidad de aclarar lo que en la actualidad conocemos como parto normal, debido a que es en este ámbito donde hemos realizado nuestro estudio. Para comprender a qué nos referimos con esta denominación, nos hemos remontado a 1979, año en el que Caldeyro Barcia[179] impartió una Conferencia titulada: *Bases Fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*[180]*,* en la que alertaba sobre la forma rutinaria de *conducir* el parto en aquel momento, con una serie de prácticas habituales como son: la posición horizontal durante todo el trabajo de parto, la amniotomía[181] precoz, los pujos[182] dirigidos, la utilización de medicación (o drogas, como se denominaba entonces a los fármacos) de forma indiscriminada para la aceleración del parto mediante oxitocina artificial, la sedación y la analgesia generalizada. Todo esto, según sus palabras: *no tiene sentido en la denominada conducción fisiológica del parto*. Considera el nacimiento normal como un episodio fisiológico y natural de la vida, y a la parturienta como la protagonista del parto, teniendo la libertad para elegir la posición más confortable y para cambiarla cuando ella lo desee. Posteriormente, en 1985, la Organización Mundial de la Salud publicó en Fortaleza, Brasil, las Recomendaciones de Atención al Parto de las que hablaremos más adelante.

[179] Caldeyro-Barcia, R. Médico perinatólogo uruguayo que, junto con Hermógenes Álvarez, creó en 1955 un método para verificar las contracciones uterinas y su efecto en el feto denominado Registro Cardiotocográfico o RCTG (más conocido en la actualidad como monitor).
[180] Caldeyro-Barcia, R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia en el Simposio sobre "Recientes adelantos en Medicina Perinatal" en Tokio, Japón. 1979. Publicación Científica nº 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo. Uruguay.
[181] Amniotomía o rotura artificial de membranas durante el trabajo de parto, también denominada rotura de la bolsa.
[182] Los pujos son reflejos que llevan a la madre a comprimir sus músculos abdominales tratando de expulsar a su bebé al exterior de su cuerpo.

En la actualidad pensamos que el concepto de parto normal está definido e interiorizado entre los y las profesionales sanitarios/as, o tal vez esto no sea en realidad así, puesto que vemos cada cierto tiempo que aparecen diversas noticias y/o reportajes a favor o en contra del denominado parto natural, e incluso del parto en el domicilio, incluyendo manifestaciones de diferentes profesionales, que creemos intentan aumentar la distancia entre todos los términos, llegando a confundir, tanto a profesionales como a los y las lectores/as de dichas noticias. Identificamos que en algunos artículos se afirma que lo natural sólo se puede conseguir en un parto en el propio domicilio[183]. Por otra parte, en el año 2012 en la Región de Murcia, encontramos noticias como la siguiente: *Unas 25 mujeres deciden cada año dar a luz en casa*[184]*,* publicada en el marco del Congreso Nacional de Matronas[185], que tuvo lugar en Murcia en noviembre de ese año, y en el que, según reza el subtítulo: *las matronas analizan las diferentes opciones del denominado "parto normal" frente a la medicalización excesiva,* entrecomillando precisamente las palabras parto normal, como si de algo extraño o diferente se tratase, cuando en realidad es el tipo de parto más frecuente, pero no exento de matices, como hemos comprobado. En otras noticias se pone de manifiesto que no sólo lo natural, sino la fusión entre lo normal, lo mínimamente intervenido y lo medicalizado, se pueden entrelazar sin no pocas dificultades pero sí con grandes beneficios para todos y todas las y los agentes implicadas/os (madres, padres, hijos e hijas, familiares y profesionales sanitarias/os) en el ámbito hospitalario, como comprobamos en las noticias publicadas con motivo de la remodelación de los paritorios de diferentes hospitales de la Región.

En esta última línea, se sitúa la referencia a las maternidades del hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y los nuevos hospitales de Cartagena y Los Arcos, publicada en el año 2007 que, según afirma la noticia, *tendrán salas de dilatación individual,* con lo que Sanidad pretende fomentar un parto más natural[186],

[183] *El parto en casa. ¿Retroceso o necesidad emocional?* Publicado en La Verdad. 30 de abril de 2012. [Internet]. [Consulta 16 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.laverdad.es/murcia/rc/20120430/sociedad/parto-casa-201204300928.html

[184] *Unas 25 mujeres deciden cada año dar a luz en casa.* Publicada en el diario La Verdad, 8 de noviembre de 2012. [Internet]. [Consulta 16 de enero de 2013]. Disponible en http://www.laverdad.es/murcia/v/20121108/region/unas-mujeres-deciden-cada-20121108.html

[185] II Congreso de la Asociación de Matronas de la Región de Murcia y XI Congreso de la FAME. Murcia. Noviembre 2012. [Internet]. [Consulta 16 de enero de 2013]. Disponible en http://www.congresomatronasmurcia2012.es/

[186] *Los paritorios serán adaptados para hacerlos más cómodos y facilitar la estancia de familiares. La maternidad de La Arrixaca y los nuevos hospitales de Cartagena y Los Arcos tendrán salas de dilatación individual. Sanidad pretende fomentar un parto más natural.* Noticia publicada en el diario La Verdad el 27 de octubre de 2007. [Internet] [Consulta 16 de enero de 2013] Disponible en: http://www.laverdad.es/murcia/20071027/region/paritorios-seran-adaptados-para-20071027.html

infraestructura que ya comprobamos existe en estos dos últimos hospitales, y que estará en marcha en escasos meses en el nuevo hospital maternal, perteneciente al actual hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Posteriormente, en 2009, se vuelve a mencionar este último centro hospitalario en *Una apuesta por el parto natural*[187], donde se detalla el número de salas individuales con las que contará la remodelación de los paritorios de dicho hospital, catorce en total, en lugar de los tres paritorios y las cinco salas de dilatación de que consta en la actualidad, *favoreciendo un parto más intimo y se pretende que sea también más natural,* debido fundamentalmente a la posibilidad de que la mujer lleve a cabo todo el proceso del nacimiento en un mismo espacio físico, sin tener que desplazarla para el periodo expulsivo a otro lugar, como es el paritorio propiamente dicho, con una infraestructura diferente a la sala de dilatación.

Destacamos asimismo la referencia a que: "*En la Arrixaca ya se producen alumbramientos con posturas diferentes a la convencional, por ejemplo, algunas madres dan a luz sentadas en lugar de tumbadas*". Tres años más tarde, en 2012, el hospital *Virgen del Castillo* (Yecla) *mejora el área de paritorios*[188] hace referencia a una: *adaptación del hospital al proyecto nacional del parto natural, para conseguir que las parturientas tengan un entorno más adecuado y agradable.* Pensamos que lo que sí parecen pretender desde los medios de comunicación, o desde las personas que facilitan este tipo de titulares, es perpetuar la distancia entre ginecólogos/as y matronas, identificando las opiniones en contra y a favor en boca de unos y otras en lo que parece más una guerra entre estos colectivos profesionales. Concretamente observamos esta apreciación en la noticia publicada en 2010 y cuyo titular*: Guerra entre ginecólogos y matronas por atender los partos*[189] ya auspicia el tono en el que se redacta, y cuyo subtítulo: *Las comadronas piden que no se solapen sus funciones, mientras que los facultativos consideran que están condenados a entenderse,* hace visible la

[187] *Una apuesta por el parto natural.* Publicada en el diario La Verdad el 2 de junio de 2009. [Internet] [Consulta 16 de enero de 2013] Disponible en: http://www.laverdad.es/murcia/20090602/region/apuesta-parto-natural-20090602.html

[188] *El hospital Virgen del Castillo mejora el área de paritorios.* Publicada en La Verdad el 6 de mayo de 2012. [Internet] [Consulta 16 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.laverdad.es/murcia/v/20120506/comarcas/hospital-virgen-castillo-mejora-20120506.html

[189] En junio de 2010 se publica en el diario La Opinión de Murcia una noticia con respecto a la *guerra entre matronas y ginecólogos,* con respecto al momento de intervención de cada uno y como subtitulo añade que: *Las comadronas piden que no solapen sus funciones, mientras que los facultativos* consideran *que están condenados a entenderse.* [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2010/06/07/guerra-ginecologos-matronas-atender-partos/251657.html

reivindicación de sus competencias y/o funciones. Aunque ponga de manifiesto un hecho concreto, pensamos que este tipo de noticias no favorecen el mejor clima para llegar a los acuerdos necesarios entre profesionales para desarrollar sus propias competencias, fomentando, por otra parte, que las mujeres tomen sus propias decisiones a la hora de elegir la mejor forma de ayudar a nacer a sus hijos e hijas, sino, más bien, para que tomen partido por uno u otro bando.

En este punto de nuestra investigación, queremos poner de manifiesto la diversidad de matices que conlleva la definición de parto normal y la conformación del constructo de conocimientos tal y como lo observamos en la actualidad, en tanto en cuanto el objeto de nuestro estudio: las percepciones de las matronas con respecto al desarrollo de sus competencias, lo hemos acotado a su actuación durante la Atención al Parto Normal, debido, principalmente, a la gran cantidad de competencias que incluye el último Programa Formativo de la Especialidad y, por otro lado, a la necesidad de delimitar las actuaciones de estas profesionales derivadas de las numerosas acciones que se contemplan, tanto desde la Estrategia Nacional como desde el Proyecto Regional. Es por esto que creemos necesario definir qué es exactamente un parto normal y a qué nos referimos cuando hablamos de su atención. Para conseguir este propósito, hemos buscado diferentes definiciones de parto normal y natural, puesto que en algunas ocasiones y contextos se confunden, o se funden en un mismo significado y en otros se distinguen con diferentes matices.

Dada mi formación en Publicidad y Relaciones Públicas, creí necesario abordar no sólo las definiciones de lo que es un parto normal y/o natural, sino también lo que publican ciertos organismos, asociaciones científicas o grupos de opinión que pueden influir sobre los pensamientos de las personas que leen fundamentalmente la prensa, revistas y diferentes páginas web. En ellas, la imagen preponderante hacia un parto natural hace que identifique un dato importante, como es que en la mayoría de las entrevistas realizadas a cualquier personaje público que haya sido madre o padre recientemente, se repita la pregunta de si ha tenido un parto natural o no. Curiosamente la mayoría contesta que sí, lo que me hace reflexionar acerca del valor que se le otorga en la actualidad a este término, natural, a lo que conlleva, y a promover un cambio en la conceptualización del nacimiento hacia una terminología aceptada y consensuada para evitar posibles discusiones y/o enfrentamientos por diferencias tanto históricas como conceptuales. Y dado que hay quien piensa que *el parto natural es una moda* y que,

según Menéndez: *las modas suponen que necesito conocer, estar enterado, y en muchos casos adoptar posiciones respecto de ciertos conceptos y ciertos autores que más o menos de golpe aparecen en nuestras vidas*[190], hemos querido conocer aún más de cerca a qué nos referimos cuando hablamos del parto en general, y en particular del parto normal, natural y/o humanizado, y a qué se refieren los textos, artículos y publicaciones consultadas, así como su utilización por el colectivo profesional que analizamos en nuestra investigación.

6.1.1. Definiciones de parto normal

El término parto[191], según el diccionario de la Real Academia Española, contempla varios significados: Parto *(Del lat. partus).*

> ***1.*** *m. Acción de parir.*
>
> ***2.*** *m. Ser que ha nacido.*
>
> ***3.*** *m. Cualquier producción física.*
>
> ***4.*** *m. Producción del entendimiento o ingenio humano, y cualquiera de sus conceptos declarados o dados a luz.*
>
> ***5.*** *m. Cosa especial que puede suceder y se espera que sea de importancia.*

Todas estas definiciones, aunque son una aproximación académica de lo que en realidad es un nacimiento, nos pueden ayudar a elaborar una única definición con los cinco conceptos que se contemplan, puesto que consideramos el parto no sólo una acción, que incluye a un ser que nace, también a una madre y a un padre que se hace en ese momento. Es una producción física, psíquica, emocional, biológica y espiritual, en el que se da a luz a alguien especial, único/a, que se espera durante un tiempo, el embarazo, y que es importante, o debería serlo, no sólo para sus padres, sino también para las personas presentes en ese momento y para la sociedad en la que se incorpora. Otra definición de parto que encontramos en un diccionario[192] de Medicina es la siguiente:

[190] Menéndez, E. Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos olvidos. Cuadernos de Antropología Social Nº 35, pp. 29–53, 2012.
[191] Definición de parto. Real Academia de la Lengua Española. [Internet]. [Consulta 16 de enero de 2013] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=parto
[192] Definición de parto. Diccionario de Medicina. Océano. Mosby. Barcelona. 1996. p.978.

Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta. Comprende cinco tiempos fundamentales respecto al feto, que se efectúan del mismo modo en cualquiera de las presentaciones: 1) reducción, 2) encajamiento, 3) descenso con rotación interna, 4) desprendimiento y 5) rotación externa.

Teniendo en cuenta que se trata de un diccionario científico, traducido y adaptado al español de un texto original de Estados Unidos en 1996, donde la realidad de la asistencia al parto era y es diferente a la de nuestro país, creemos interesante añadir la definición de Asistencia del Parto que contempla como:

> *La asistencia prestada a la mujer embarazada desde el comienzo del parto hasta la finalización del tercer periodo del mismo con la expulsión de la placenta, en referencia al médico, dejando a Enfermería la tarea de proporcionar apoyo emocional durante el parto, contribuir a la comodidad física de la madre y mantener la asepsia.*

Creemos que estos conceptos, de alguna manera, pueden haber supuesto una cierta influencia en el desarrollo de las actividades de los y las profesionales que atienden el parto y que consultan estos textos u otros similares durante su periodo formativo, por lo que para centrarnos en nuestro contexto y momento actual, vamos a enumerar las definiciones de parto normal vigentes de los tres organismos con mayor preponderancia a nivel científico y sanitario dentro del territorio español en cuanto a la atención al parto se refieren, como son la Organización Mundial de la Salud, (en adelante OMS), la Federación de Asociaciones de Matronas de España, (en adelante FAME), y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (denominada SEGO).

Por un lado, la definición de parto normal de la OMS, incluida en el documento: Cuidados en el Parto Normal, una guía práctica[193], afirma que el parto normal es aquel de: "*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".*

[193] Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial de la Salud. p. 5.

Para la FAME y como resultado del consenso al que llegó el grupo de trabajo conformado por una selección de profesionales de toda España, cuyo encuentro tuvo lugar en Vélez-Málaga en junio de 2006, y del que surgió la Iniciativa Parto Normal (IPN), anteriormente descrita, la definición de parto normal[194] es la siguiente: *Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.*

En cambio, la SEGO, en el marco de sus Recomendaciones para la Asistencia al Parto[195] publicadas en 2007, define el parto normal como:

> *Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37ª y la 42ª semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal*.

La principal semejanza entre las tres definiciones es el momento, es decir, entre las semanas 37 a 42 completas de gestación o a término. La forma en que tiene lugar el comienzo del parto es la siguiente: *espontáneo; proceso fisiológico único* (pensamos que único hace referencia a que es un proceso diferente con respecto a la cotidianidad de otros procesos también fisiológicos de los seres humanos) siendo la evolución fisiológica durante la dilatación y el parto. En las tres definiciones se pone de manifiesto que es fisiológico. Entonces nos planteamos ¿qué es lo fisiológico en realidad?, ¿Algún parto no se puede considerar como tal? Y por último ¿se puede denominar fisiológico a algún parto hoy en día con estos requisitos?. Por todo esto consultamos la Real Academia de la Lengua Española y encontramos que lo

[194] Definición de parto normal según la Federación de Asociaciones de Matronas de España. [Internet.] [Consulta 16 de enero de 2012]. Disponible en:http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal

[195] Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Sociedad Española Ginecología y Obstetricia (SEGO). p. 2.

fisiológico[196] es *aquello perteneciente o relativo a la fisiología*, siendo ésta la ciencia que tiene por objeto el estudio de las funciones de los seres orgánicos, por lo que, para acercarnos al parto fisiológico, coincidimos con Herrera y cols[197] que hacen referencia al parto fisiológico cuando se permite y se favorece que el proceso siga su curso normal, que el parto siga su propio ritmo, disminuyendo, de esta forma, las complicaciones asociadas a la medicalización y el intervencionismo innecesario.

En cuanto al desarrollo del mismo, en la definición de la OMS se considera que presenta *bajo riesgo* desde el comienzo del parto hasta el alumbramiento; la SEGO afirma que es un parto además *sin factores de riesgo* durante la gestación, para lo que tendríamos que definir qué son los factores de riesgo o cuándo se califica un parto de bajo riesgo y delimitar entonces cuáles son los embarazos sin factores de riesgo que finalizan en un parto normal. Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión[198]. En cambio, la FAME se refiere a algo más amplio al englobar a aquél que se desarrolla y termina *sin complicaciones*. En este punto nos planteamos si se refieren exactamente a lo mismo con estos términos, puesto que el riesgo es algo que puede ocurrir o no, y las posibles complicaciones sólo se pueden comprobar si se han producido una vez finalizado el proceso, lo que puede hacer que la forma en la que se contempla la asistencia sea un poco diferente, teniendo en cuenta que, según la afirmación de que un parto sólo se puede considerar normal retrospectivamente[199], ha dado lugar, según diferentes organismos, a que se atiendan todos los nacimientos como si fueran patológicos o potencialmente complicados, lo que aunque por una parte podría producir beneficios, se ha demostrado que también podría ser perjudicial para la mujer y su criatura como veremos más adelante.

Además, hemos de destacar muchas gestantes con problemas de salud y/o complicaciones durante su embarazo tienen un parto normal, tal y como se corrobora en diferentes documentos, tales como la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al parto

[196] Fisiológico/a. Real Academia de la Lengua Española. Fisiológico: [Internet.], [Consulta 16 de enero de 2012]. Disponible en http://lema.rae.es/drae/?val=fisiologico
[197] Herrera, B. Gálvez, A. Carrera, I. Strivens, H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. Matronas Prof. 2006; 7(1): pp. 27-33. [Internet.]. [Consulta 16 de enero de 2012]. Disponible en http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rglang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf
[198] Definición de factor de riesgo. OMS. [Internet.] [Consulta 16 de enero de 2012]. Disponible en http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
[199] Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial de la Salud. p.3

normal del Sistema Nacional de Salud[200], donde se especifica que: *algunas de las recomendaciones contempladas para un parto propiamente catalogado como normal, pueden ser aplicadas al cuidado de estas mujeres,* por lo que habría que establecer cuáles de los cuidados que se realizan dentro de la atención integral al nacimiento se pueden y se deben extender a todas las mujeres y sus hijos e hijas sin hacer la distinción de ser considerado o no parto normal.

Para finalizar esta comparación entre las tres definiciones, queremos añadir las características necesarias que debe cumplir una gestante para considerar que ha iniciado el proceso del parto, lo que delimitará, de alguna forma, si ha comenzado este proceso de forma espontánea, y si se encuentra o no dentro de los parámetros que estas entidades consideran como normal. En el documento de la OMS[201] observamos que se refiere a los signos del comienzo a los siguientes: contracciones dolorosas y regulares, acortamiento y/o dilatación del cérvix, pérdida del líquido amniótico y flujo sanguinolento. Para la SEGO los criterios que se deben tener en cuenta para considerar que una mujer gestante está en fase activa de parto son más concretos: dinámica uterina regular, borramiento cervical mayor al 50% y una dilatación de 3-4 centímetros. En cambio, la FAME, en su documento de consenso IPN ya mencionado, afirma que es necesaria una dilatación de cuatro centímetros para considerar que se ha iniciado la fase activa del parto, habiendo extraído este dato del siguiente documento: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos[202].

Al profundizar en el significado de las tres definiciones analizadas, creemos que los diferentes matices destacados pueden provocar falta de consenso en cuanto al diagnóstico del inicio del parto, puesto que, aunque prácticamente todos los elementos son comunes, encontramos algún aspecto que las diferencia, por lo que consideramos importante incorporar la recomendación que se refleja en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal[203], con respecto al inicio del parto: *Se recomienda adoptar la*

[200] Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Elaborada por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social y en el marco de la Estrategia de Atención al parto Normal. pág.7.[Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf

[201] Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial de la Salud. P. 23.

[202] Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] [Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf p. 85

[203] Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Versión completa. p. 58.

definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre entre los 4 y los 10 cms de dilatación y se acompaña de dinámica regular.

En esta recomendación se aúnan tanto la necesidad de haber alcanzado una determinada dilatación del cuello uterino, 4 centímetros, como una dinámica regular instaurada, es decir, un aumento de las contracciones uterinas, tanto en frecuencia como en intensidad con respecto a la fase latente. Además, vuelve a mencionar los siguientes requisitos[204] para ingresar, en el centro hospitalario, a una mujer en periodo activo de parto como son: dinámica uterina regular, borramiento cervical mayor de 50% y una dilatación de 3-4 centímetros, con lo que vemos que se tienen en cuenta también la dilatación de tres centímetros. El borramiento[205] es el *acortamiento de la región vaginal del cuello uterino y adelgazamiento de sus paredes al ser distendidas y dilatadas por el feto durante el trabajo de parto.*

En cuanto al recién nacido, en un parto normal, la OMS destaca que después de dar a luz, *tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones*; la FAME se refiere al nacimiento en general como la *culminación del proceso, y sin más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo;* y la SEGO expone que tanto *el alumbramiento como el puerperio inmediato deben evolucionar de forma fisiológica*, añadiendo que es el *único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido*, y además, señala que es en el que se deben realizar: *el menor numero posible de procedimientos activos*, incluyendo la obligatoriedad de una *vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal*.

Vemos que la OMS destaca las buenas condiciones de la madre y el niño; en cambio la FAME no hace referencia al recién nacido expresamente, sino al apoyo integral, por lo que consideramos que este tipo de atención no se refiere solamente a un apoyo emocional, función que en el diccionario médico otorgaba a la Enfermería, sino también de los medios técnicos y físicos que hicieran falta en un momento determinado, destacando el menor número posible de estos procedimientos, integrando la vigilancia exhaustiva con el mejor cuidado necesario para la madre, su hijo o hija, sin determinar quién realiza los cuidados y atención necesaria, y, añadimos como parte fundamental en

[204] Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Versión completa. p. 63
[205] Diccionario médico, Medciclopedia. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://diccionario.medciclopedia.com/b/2008/borramiento/

la formación de la nueva familia, la atención a la persona o personas que les acompañen en este momento tan especial en sus vidas.

Sería interesante contar con una definición única que aunase los rasgos más importantes de cada una de las definiciones o conceptos descritos, para que no influyese en la toma de decisiones el elegir una definición u otra en función del Organismo o asociación a la que se pertenece, dado que vemos harto difícil que se puedan cumplir todos los requisitos propuestos. Simplificar la definición contribuiría a la mejora y la excelencia en los cuidados ofrecidos, porque sospechamos, y esto trataremos de comprobarlo posteriormente, que con todas estas definiciones podemos llegar a la conclusión de que el parto normal es:

> *El proceso mediante el cual una mujer que ha disfrutado de su embarazo sin mayores cambios que los considerados fisiológicos, y que después de superar todas las pruebas y controles realizados con suficiente éxito para ser denominada de bajo riesgo, llega a culminar su gestación sin intervenciones innecesarias, con todo el apoyo integral tanto de las y los profesionales que le atienden, como de las personas que ella elige para ese momento y que continúan ofreciéndole después del nacimiento*.

Con todo lo que hemos descrito, llegamos a la conclusión que las intervenciones deberían ser solamente las estrictamente necesarias también en partos que no son considerados normales, como son: favorecer la movilidad durante el periodo de dilatación y la elección de la posición para el periodo expulsivo, el acompañamiento y el apoyo continuo, el contacto piel con piel del recién nacido preferentemente con su madre, o en su defecto con su padre, y la promoción de la lactancia materna, por poner un ejemplo. Por esto opinamos que es más importante desmedicalizar lo fisiológico para poder medicalizar sólo lo que la evidencia científica considere necesario, más que determinar si un parto es normal o no es normal, por todas las consideraciones que conlleva esta terminología, tal y como demostraremos durante nuestra investigación.

Por último, queremos citar a Davys Floyd[206], quien afirma que el poder de nuestras propias experiencias al *vivir el presente* y los efectos de la socialización hacen *normal* aquello a lo que estamos acostumbrados, aunque la sociedad tecnológica que conocemos y reproducimos represente menos del 1% de la humanidad, lo que, en

[206] Davis-Floyd, R. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Editorial Creavida. Buenos Aires. 2009. p. 11.

relación al parto puede hacernos creer que lo normal es como lo conocemos en la actualidad, lo habitual, y no lo que ha sido durante miles o millones de años que nos han precedido, lo que nos hace reflexionar sobre las posibles implicaciones personales y profesionales del término parto normal, tal y como trataremos de demostrar con nuestra investigación.

6.2. Parto no intervenido

Otro de los conceptos que hemos identificado en el contexto del parto normal, es el de Parto no intervenido. En concreto forma parte de las recomendaciones de la SEGO[207], y su definición en este documento es la siguiente:

> *Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo. En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial (matrona y auxiliar de enfermería).*

En esta definición destacamos la referencia a la no utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo, coincidiendo con las Recomendaciones contempladas, tanto las de la Organización Mundial de la Salud como las recogidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal, en cuanto a respetar la fisiología, pero destacando la *vigilancia y asistencia psicológica* a la parturienta y a su familia por parte de matrona y auxiliar de enfermería. No sabemos si la referencia es a que sólo es fundamental su asistencia psicológica por parte del equipo obstétrico que atiende a la mujer, o si lo que promulga es, tal y como otros organismos señalan, que la atención en este tipo de partos sea principalmente llevada a cabo por matronas, tal y como se recoge en el documento del Ministerio de Sanidad sobre Estándares y Recomendaciones en las Maternidades Hospitalarias[208]: *el papel del matrón o matrona es central en la asistencia de la mujer en el parto normal*.

[207] Recomendaciones Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la asistencia al parto. (SEGO)

[208] Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf p. 18.

Aquí queremos destacar que en la Introducción de las citadas recomendaciones de la SEGO y como fruto del grupo de consenso[209], se cuestiona el uso de algún método de alivio del dolor que no está contraindicado en la atención al parto normal, siempre y cuando no altere la fisiología del mismo, con lo que es probable que queden fuera de esta denominación aquellos métodos farmacológicos que sí han demostrado su influencia en el desarrollo del mismo, tales como la analgesia epidural, pero que, dado a la normalización de su uso y la implantación en prácticamente todos los hospitales en España, se suele considerar como una posibilidad más dentro de la atención al parto.

> *Para eliminar la perjudicial influencia del temor durante el parto, en el momento actual se destacan las ventajas del parto no intervenido* […] *debe advertirse ya que la mayoría de los defensores del parto natural, del parto humanizado o actualmente del no intervenido, nunca han pretendido que el parto pueda llevarse a término libre de dolor o que deba carecer de ayudas anestésicas. Antes, al contrario, a la paciente se le indica que la mayoría experimentarán dolor en alguna medida aunque será perfectamente soportable, y que si es necesario se emplearán anestésicos y analgésicos.*

Por todo esto, nos cuestionamos algunos de los argumentos y preguntas que se plantean numerosas personas, sean profesionales sanitarios/as o no, como son: ¿Es lo mismo un parto normal que un parto natural? ¿Qué es un parto humanizado? ¿Si se utiliza epidural ya no es un parto normal? ¿Qué es un parto no intervenido, o de baja intervención?, preguntas que trataremos de responder a continuación.

6.3. Parto normal versus parto natural

Desarrollamos algunas de nuestras reflexiones acerca de estos dos términos por la aparente semejanza que pueda existir, pero hemos detectado que, en ocasiones, encontramos que se consideran conceptos contrapuestos en según qué circunstancias, como trataremos de explicar.

[209] Acién, P. et al. Documento de consenso y recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO. 2008. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sego.es%2FContent%2Fdoc%2FDocumento_de_Consenso_y_Recomendaciones.doc&ei=B5wrUdieA-m-0QWDooCwCw&usg=AFQjCNHP6G62o6dwmZeUdfrt6B_0x9UmNw&bvm=bv.42768644,d.d2k

En primer lugar, buscamos la definición de normal y natural por la Real Academia Española, y observamos similitudes entre los dos términos en relación a lo natural o naturaleza, definiendo como normal[210]: *Que se halla en su estado natural*; siendo el adjetivo natural[211]: *Perteneciente o relativo a la naturaleza o conforme a la cualidad o propiedad de las cosas.*

En el documento de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia no encontramos el término natural, aunque sí se menciona en la introducción del documento de consenso que expusimos anteriormente, donde une este término con mujer en cuclillas; no habla de evolución fisiológica ni elección libre de posición, solo hace alusión al alumbramiento al afirmar que:

> *En el parto natural (mujer en cuclillas) cae la placenta por la acción de la gravedad, pero al estar acostada esto no ocurre* y *[...]* que *el desprendimiento de la placenta en el parto natural o no intervenido es simultáneo a la expulsión del feto.*[212]

Y formando parte del consentimiento informado que proponen, abarca un concepto de atención al parto más amplio e integral, pues añade que los profesionales, médicos y matronas, entienden *el parto como un proceso natural en el que además de sus características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales.*[213] Esta dimensión holística de contemplar a la mujer teniendo en cuenta sus circunstancias personales y sociales se asemeja a lo que contempla la FAME en su definición, por lo que vemos elementos comunes que pueden acercar las posiciones entre las asociaciones u organismos como indicábamos al principio de la presente investigación.

En cambio, en la Iniciativa Parto Normal no encontramos el término natural como tal, por lo que hemos revisado otras fuentes que puedan aclarar si existen diferencias y/o similitudes entre ambos conceptos. En el documento de la Estrategia de

[210] Definición de normal. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=normal
[211] Definición de natural. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=natural
[212] Documento de consenso y recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO. 2008. p. 9.
[213] Ibíd. p. 16.

Atención al Parto Normal en el SNS señalamos las siguientes referencias al término natural:

1. *El parto, como práctica natural que ha acompañado el desarrollo de la especie humana, ha estado influido por el desarrollo de la profesión médica y su impacto sobre las prácticas sanitarias*[214].

2. Dentro de los Indicadores de gestión y de resultados de la atención en hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, denominados Conjunto Mínimo Básico de Datos[215], afirma que, en lo referente a los ingresos hospitalarios por parto[216]: *Se trata del único componente de la atención hospitalaria que trabaja mayoritariamente con población sana y donde el ingreso se produce para atravesar una experiencia ligada a un evento biológicamente natural, que debe concluir en un acontecimiento feliz: el nacimiento de una hija o un hijo*.

3. Por último, formando parte de las líneas estratégicas contempladas[217]: *Desde el comienzo del embarazo las mujeres y sus parejas deberían disponer de la información sobre el proceso fisiológico de la maternidad y la capacidad que de forma natural es desarrollada por las mujeres. De este modo se evitarían incertidumbres y miedos y se favorecería una vivencia satisfactoria del embarazo y una orientación hacia un parto normal.*

Por otra parte, del documento de Cuidados en el Parto Normal de la OMS[218] se extrae la siguiente reflexión:

> *No hay duda de que la anestesia epidural es muy útil en un parto complicado. Sin embargo si ésta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando normal. Naturalmente, la respuesta dependerá de lo que entendamos por normalidad, pero la analgesia epidural es uno de los más claros ejemplos de medicalización de un parto normal, haciendo de un evento fisiológico un procedimiento médico.*

[214] Estrategia de Atención al Parto Normal. p.14.
[215] Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Datos recogidos por los hospitales en relación con los procesos atendidos y para los sistemas de clasificación de pacientes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm
[216] Estrategia de Atención al Parto Normal. p.23.
[217] Estrategia de Atención al Parto Normal. p.35.
[218] Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial de la Salud. p. 19.

Por último, en el documento denominado: La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática[219], realizado dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, encontramos como parte de la justificación que:

> *En los últimos años se ha abierto un debate sobre el parto vaginal sin complicaciones y se ha empezado a cuestionar la utilización rutinaria de procedimientos o tecnologías que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido (RN). Tal es el caso de la monitorización fetal, la inducción y analgesia del parto, el rasurado perineal, la posición de litotomía, la aplicación de enemas, la realización de episiotomía y la utilización de fórceps y ventosa. A pesar de que en la actualidad se han desarrollado modelos alternativos en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido con la tecnología médica imprescindible en hospitales o incluso en el propio domicilio de la mujer, la efectividad y seguridad de las técnicas utilizadas siguen sin haber sido evaluadas correctamente.*

Tras revisar todos estos matices con respecto al parto normal y/o natural, comprobamos cómo las reflexiones de Caldeyro Barcia, a las que hacíamos referencia al principio de este capítulo siguen estando en vigor, a pesar del tiempo transcurrido. Han pasado más de treinta años y constatamos que muchas de las cuestiones y prácticas clínicas utilizadas en la atención al parto fisiológico, espontáneo, natural o normal, siguen repitiéndose como veremos a lo largo de nuestra investigación, y cómo, esta instrumentalización de un proceso natural tiene sus consecuencias directa o indirectamente en el desarrollo de las competencias profesionales de las matronas, como pretendemos demostrar.

6.3.1 Parto normal en libros de Obstetricia

Llegados a este punto, y dada la diversidad de definiciones que encontramos en la actualidad con respecto a este tipo de parto, hemos creído conveniente revisar

[219] Maceira, M.C., Salgado, A, Atienza, G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 03. p. 71. [Internet] [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/AsisPartoMujeresSanas.pdf

algunos de los libros de Obstetricia que han utilizado algunas de las matronas entrevistadas en nuestro estudio, con lo que pretendemos acercarnos a los conceptos que incorporaron a su corpus de conocimientos durante su Especialidad como matronas, en la que se suelen emplear libros de texto escritos por obstetras de cada época, y cómo creemos que puede influir, tanto en la formación como en el posterior desempeño de las competencias profesionales de las matronas, la opinión personal de cada uno de los autores que escriben los distintos manuales empleados.

El primer libro analizado, titulado Obstetricia para matronas[220], fue utilizado, tal y como hemos constatado, en la maternidad de Santa Cristina por matronas que completaron su especialización en esta Unidad Docente antes de 1984, es decir, formadas en el plan de estudios de 1957. En él encontramos la definición de parto[221] como: *Conjunto de procesos mediante los cuales el feto maduro, placenta y membranas son expulsados del organismo materno al término del embarazo. Parto eutócico significa parto normal; distocia o parto distócico expresa parto anormal.* Ésta es una definición muy clara, en la que se asocia el parto eutócico[222] con el parto normal, y el parto distócico[223], cuyo significado en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española califica como relativo a la distocia, esto es: parto laborioso o difícil, como anormal[224].

El profesor Orengo considera el parto normal[225] aquél que:

> *Se encuentra en posición de vértice, y que termina dentro de las veinticuatro horas de su iniciación, de modo espontáneo y sin ayuda artificial o complicaciones. Esto implica que las contracciones uterinas son también normales. La inmensa mayoría de los partos son normales, pero es digno de hacer observar que un parto enteramente normal puede transformarse en anormal por mala asistencia, por intervención innecesaria, por ignorancia, y aún más: un*

[220] Orengo, F. Obstetricia para matronas. Tercera edición corregida y aumentada, ilustrada con 303 figuras y 3 láminas en color. Isidoro Aquirrebeña, editor. Madrid. 1963.
[221] Ibíd.p.151.
[222] Definición de eutócico, ca. Perteneciente o relativo al parto normal. Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=eutocico
[223] Definición de distócico, ca. Perteneciente o relativo a la distocia. Definición de distocia: Del gr. δυστοκία, de δύστοκος, mal parto. Parto laborioso o difícil. Diccionario de la Lengua Española Real Academia Española. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=distocico
[224] Definición de anormal. Que accidentalmente se halla fuera de su natural estado o de las condiciones que le son inherentes. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=anormal
[225] Orengo, F. op.cit. p. 174.

puerperio febril y quizá mortal puede ser también la consecuencia de una asistencia inadecuada.

En esta definición encontramos otros componentes dentro del parto normal, como es: la posición de vértice[226] o vértex[227], que hace referencia a la presentación cefálica o de cabeza; la duración: termina antes de veinticuatro horas desde su inicio; el comienzo: espontáneo; el desarrollo: sin ayuda artificial. Además, añade que la mayoría de los partos son normales, pero que cualquiera de ellos puede transformarse en anormal. Teniendo en cuenta siempre esta posibilidad, no es de extrañar la referencia que se hacía en el documento de los cuidados del parto normal de la OMS donde se han tratado todos los partos como potencialmente patológicos:

La norma fundamental de la matrona se encierra, por tanto, en la conocida sentencia latina: Primum non nocere: Lo primero no hacer daño. Dicha frase debería figurar en toda la sala de partos y quedar grabada de modo indeleble en la mente de toda matrona.

Con esta frase entendemos que lo más importante en un parto normal es no hacer nada que pueda causar un daño; esta frase no refleja si el autor recomienda *no hacer daño* solamente a las matronas o incluye a otros/as profesionales que también asisten y atienden a las mujeres en el proceso del parto.

Otra definición que queremos analizar con respecto al parto normal la encontramos en el libro Obstetricia[228], de José María Dexeus, quien define el parto[229] como *el proceso en virtud del cual sale al exterior, desde el claustro materno, un huevo viable. […]. Si evoluciona normalmente se le llama normal, fisiológico o eutócico, y, al revés, anormal, patológico o distócico. En cuanto a la terminación usamos el término de espontáneo o natural, cuando lo hace por las solas fuerzas de la naturaleza, y el de operatorio o artificial, cuando termina mediante extracción fetal por el obstetra.*

[226] Definición de vértice. Parte más elevada de la cabeza humana. [Internet] [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://lema.rae.es/drae/?val=vertice
[227] Vértex. Punto medio más alto del cráneo en el plano sagital medio. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Departamento de Anatomía. [Internet] [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en:http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/anatomia/PortalOdonto/html/cabeza/Puntoscraneom/GuiaCraneometria.html
[228] Dexeus, J. M. Obstetricia y Ginecología. Primera edición. Editorial Juventud. Barcelona, 1965.
[229] Ibíd. p.147.

Queremos destacar que, formando parte de las notas al pie de página, el autor vierte sus opiniones acerca de os conceptos parto eutócico y normal:

> *Es necesario aclarar el sentido exacto de estos términos que son usados con evidente impropiedad. Lo primero que debe aclararse es que normalidad y eutocia no son sinónimos. El concepto de eutocia se refiere a la evolución del parto, cuando es favorable o no, por los mismos factores del parto, motor móvil y canal en lo que al aspecto mecánico del mismo se refiere. El concepto de normalidad tiene un sentido más amplio que abarca no sólo esta evolución, sino su repercusión sobre la madre y el feto y sólo debe aplicarse cuando el parto termina sin daño para uno y otro.*

Algunas veces, aun observando conceptos claros, se duda a la hora de la conceptualización, lo cual puede ser debido a que los términos en la Medicina se aplican a una ciencia que no es exacta y a que los límites se trazan con un criterio más subjetivo que objetivo, de ahí la diferencia en las opiniones y definiciones encontradas.

En otro libro de Obstetricia[230] que sirvió de guía para algunas de las matronas que se formaron entre 1994 y 2009, es decir, según el plan de estudios aprobado en 1992, el parto normal o eutócico es aquel que[231]:

> *Termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos, por los genitales, sin que se presenten alteraciones en su evolución. El parto en presentación de vértice, llamado también parto en presentación cefálica flexionada, es la forma más frecuente de parto eutócico, ya que de esta forma se cumplen las condiciones ideales para que no existan alteraciones en su evolución. Las restantes variedades de presentación son con mayor frecuencia motivo de alteración de la normalidad; distoci*a.

Además, hemos consultado algunos libros utilizados por matronas que se han formado en las promociones más recientes y que, en consecuencia, han terminado su especialidad tras la publicación del programa formativo en 2009, para comprobar cuál es la definición de parto que contemplan, como la que se incluye en el libro Obstetricia y Ginecología[232], en el que: *Se denomina parto al proceso fisiológico que*

[230] González-Merlo, J. y del Sol, J. R. Obstetricia. Ed. Masson. Barcelona. 1994.
[231] Ibid. p. 226.
[232] Usandizaga, J.A. de la Fuente, P. Obstetricia y Ginecología. Marbán Libros, S.L. 2010.

pone fin al embarazo haciendo que el feto y sus anejos abandonen el útero y salgan al exterior[233] siendo el parto normal[234]: *Aquel que se desencadena a término, es de un solo feto, en presentación de vértice, evoluciona de forma espontánea, tanto en su inicio como en su transcurso, y dura no menos de 3 horas pero no más de 18.* Esta es la definición más breve de todas y es la que, aunque incorpora términos de tiempo, menos de tres horas pero no más de 18, a diferencia del doctor Orengo que llegaba hasta las veinticuatro horas de duración, no implica otras circunstancias, tales como que la evolución del parto sea espontánea y la presentación del feto de vértice, con lo que, según este autor, un parto que no se encuentre dentro de estos límites de horas no se puede considerar normal.

Por último, en el libro Obstetricia y Medicina Materno-Fetal[235], se define el parto como:

> *Un proceso biológico que conduce al feto hacia el exterior. Aunque tan sólo le separan unos pocos centímetros del exterior, para el feto resulta un camino tremendamente complicado y para el obstetra representa un proceso que está lleno de incertidumbres y de dudas respecto de su resultado final.* Y añade que *el manejo del trabajo de parto requiere que los profesionales obstétricos tengan presentes dos reglas generales: en primer lugar "dar a luz" es un proceso fisiológico normal que en la mayoría de las veces se desarrolla sin complicaciones. En segundo lugar, las complicaciones durante el parto pueden aparecer con rapidez y de forma inesperada.*

En esta definición de parto que, aunque señala al proceso biológico, añade la complicación del camino para el feto, lleno de incertidumbres y dudas para el obstetra en cuanto al resultado, teniendo en cuenta la rapidez con la que pueden aparecer las complicaciones durante el mismo, lo que añade un tinte de alerta constante en su vigilancia y consideración.

Tras revisar todas estas definiciones de parto, llegamos a la conclusión de que cada autor propone unas características para determinar o no si un parto es normal que, si bien son similares en su conjunto, como es el caso de no existir complicaciones, difieren sensiblemente unas de otras, lo que puede desencadenar en conceptualizaciones

[233] Ibid. p. 214.
[234] Ibíd. p. 215.
[235] Cabero, L. et al. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Médica Panamericana. Madrid 2007. p. 425.

diferentes entre profesionales, máxime si cada matrona entrevistada ha utilizado un libro distinto en su formación como especialista.

6.4. Otros tipos de parto

Tras la revisión de diferentes páginas web consultadas, especialmente dirigidas a los padres y madres, vemos que cada autor/a expone sus propias ideas con respecto al parto natural, normal, humanizado, medicalizado y otras muchas nomenclaturas utilizadas, tales como: respetado, fisiológico, ecológico, mínimamente intervenido o de baja intervención, parto normal con anestesia, parto en el agua, parto en cuclillas, parto por cesárea, parto vaginal espontáneo, parto vaginal instrumental, parto abdominal, parto científico humanizado, parto tecnológico, y otras definiciones. Nos vamos a fijar solo en dos titulares de la prensa nacional de dos noticias publicadas en el diario El País en relación a la atención al parto que, en el año 2012 destaca: *Que el parto natural no sea excepción*[236], en la que se hace una referencia a la Estrategia de Atención al Parto Normal, en concreto a la Guía de Atención al parto normal para futuros padres y ofrece un gráfico con recomendaciones para el parto normal. Además, en marzo de 2013 se publican las *Recomendaciones para un parto normal*[237] mencionando las prácticas recomendadas por la Estrategia de Atención al Parto Normal y las que no, así como el porcentaje de cumplimiento de las mismas, por lo que vemos dos acepciones diferentes, natural y normal, en un mismo contexto, para referirse ambas a la atención al parto en la actualidad. Seguidamente, y dado que el cambio en la terminología empleada viene de la mano de la propuesta de humanización de los cuidados, haremos una exposición de algunas de las implicaciones y repercusiones que ha tenido, y tiene, a día de hoy, la denominación de parto humanizado.

[236] *Que el parto natural no sea una excepción*. Noticia publicada en el diario El País el día 23 de mayo de 2012; como subtítulo encontramos que: Medicalizar el nacimiento fue un avance que salvó vidas, pero el abuso de episiotomías, cesáreas y oxitocina tiene consecuencias. ¿Se respeta la elección de la mujer?. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/05/22/actualidad/1337716285_497698.html

[237] Recomendaciones para un parto normal. Indicaciones del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud sobre un parto normal. Muchas técnicas muy extendidas en los paritorios de España no están recomendadas por sus efectos adversos o por ser incómodas para la mujer y no aportar ningún beneficio. Noticia publicada en el diario El País el día 25 marzo 2013. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://elpais.com/elpais/2013/03/25/media/1364230325_726582.html

6.5. Parto humanizado o humanización del nacimiento

En este apartado realizaremos un breve repaso del significado de la palabra humanización dentro del contexto del nacimiento, puesto que, aunque encontramos textos en los que se habla de humanización en la sanidad en general, en nuestro trabajo de investigación haremos un especial hincapié en la evolución del concepto con respecto a la atención al parto en concreto, lo que conlleva y el desarrollo que ha tenido, al igual que su influencia en cuanto a la formación de las matronas en España.

Cuando buscamos la definición del término humanización[238], encontramos en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: *Acción y efecto de humanizar o humanizarse*, concurriendo con la palabra deshumanización[239] como la *Acción y efecto de deshumanizar*. Y aunque mayor medicalización no debería llevar implícita una deshumanización de la asistencia, ambos conceptos aparecen unidos en múltiples contextos[240]. Rodríguez, en su artículo Hacia la humanización en Salud[241] afirma que hablar de la *necesidad de humanización es como afirmar que el hombre ha perdido algo que le hace ser menos humano.* Además, considera que la pérdida de confianza en el médico y el distanciamiento de éste con el paciente constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy día de deshumanización de la medicina y de la salud. Entre las diversas causas que apunta para que se produzca esta deshumanización destacamos la cosificación del paciente como objeto y la ausencia de calor en la relación humana[242].

En cambio, Arredondo-González y Siles-González[243] demuestran cómo la deshumanización de los cuidados de enfermería no se debe sólo a la tecnología, sino que es multifactorial, poniendo de relieve las relaciones interpersonales en la práctica

[238] Definición humanización según la Real Academia de la Lengua Española. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=humanizacion
[239] Definición deshumanización según la Real Academia de la Lengua Española. [Internet] [Consulta el 27 de mayo de 2012. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=humanizacion
[240] Goberna, J. et al. Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. 2008; 9 (1): pp. 5-10.
[241] Rodríguez, A. Hacia la Humanización en Salud. Vol. 10 No 10. ARS Médica. Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica10/Ars17.html
[242] Rodríguez, A. Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. Vol 12, No 12. ARS Médica. Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Modelos.html
[243] Arredondo-González, C. P. Siles-González, J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm v.18 n.1 Granada ene.-mar. 2009. [Internet] [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext

humanizada, y señalando como factores influyentes en dicha deshumanización el orden social, la dinámica y organización de las instituciones sanitarias, así como la formación y consecuente práctica de los profesionales, cuya atención debe estar más centrada en el paciente y sus cuidados. Según Blázquez[244], el concepto de humanización ya aparecía en algunas etnografías de la reproducción realizadas en los años 70 en Estados Unidos que preferían el uso del término deshumanización frente al de medicalización aunque opina que, para algunas mujeres, profesionales y asociaciones, la causa de la deshumanización es, precisamente, la medicalización del parto[245].

Para García Zeferino et al[246], humanizar el nacimiento significa poner a la mujer que está pariendo en el centro y en el control de la situación y que sea ella y no el personal de salud, quien tome las decisiones de lo que va a ocurrir. Ibone Olza explica en Humanizar el parto[247] que:

> *Más que invertir en tecnologías o paritorios lo razonable sería reflexionar sobre las relaciones humanas y profesionales que suceden en torno al parto, reconociendo que todas las partes están expuestas a lo mejor y a lo peor en un momento trascendental de la vida.*

En referencia tanto a la mujer como a los y las profesionales que le atienden en su parto, y en esta línea, Bretín y Gómez[248] opinan que esto se traduce en devolver a la mujer que está dando a luz el protagonismo en el proceso, de modo que sea ella y no el médico quien tome las decisiones (informadas) y marque el ritmo. Además, afirman que el parto medicalizado es deshumanizador porque el médico tiene siempre el control, mientras que el elemento clave en un parto humanizado es la mujer.

---

[244] Blázquez, M. Ideologías y Prácticas de Género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio: El caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid. op cit.
[245] Ibíd. p. 256.
[246] García, E. et al. Humanismo en el parto Revista CONAMED, vol.15, núm. 3, 2010. [Internet] [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393254
[247] Olza, I. Humanizar el parto. Holístika.net. [Internet] [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp
[248] Bretin H. Gómez, C. Amabilidad respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento. Informe editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, enmarcado dentro del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, que pretende aportar elementos para la reflexión que contribuyan al avance en el proceso de mejora de la humanización de la atención perinatal en la red hospitalaria pública. p. 47. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/

Arnau[249] expresa un punto de vista parecido ante la diversidad de acepciones para estos tres términos en boca de diferentes profesionales que participan en la atención al parto en un Área de Salud de la Región de Murcia, concretamente en el Área I, siendo el concepto de humanización el que mayor desencuentros produce entre los y las profesionales entrevistados y, teniendo en cuenta que todos/as forman parte del equipo que atiende a la mujer y/o a su hijo/a en el proceso del parto, consideramos relevante esta apreciación para nuestro estudio. Destaca que las opiniones más divergentes recaen sobre todo entre profesionales de la medicina, llegando a considerar, incluso, los tres términos como polisémicos[250].

De todo lo anteriormente expuesto encontramos que la mayoría de los términos que se han utilizado par conseguir un cambio en la forma de atender a las mujeres en el nacimiento de sus hijos e hijas, provocan, de alguna forma, un cierto rechazo principalmente entre profesionales sanitarios, sobre todo en el caso de la palabra humanización, tal y como encontramos en el documento anteriormente citado[251], en el que se constata que el término *humanización no fue bien recibido por las partes implicadas*, y algunos de los comentarios que así lo corroboran son los siguientes: *no trabajamos con animales,* e incluso piden *humanización si, y para nosotros también.* Y además, aseveran que *esta nueva forma de trabajar implica reconocer a las mujeres y sus familias competencias y responsabilidades que no todos los profesionales están dispuestos a reconocer o delegar*.

Como ya mencionamos, los principales movimientos para conseguir una mejora en la atención al parto a nivel internacional han sido, por una parte, la Organización Mundial de la Salud, incluyendo a la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas, que organizó, en 1985, la primera Conferencia en Fortaleza[252] (Brasil), con la asistencia de más de cincuenta participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, que

[249] Arnau, J. et al. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia. Aibr Revista de Antropología Iberoamericana volumen 7 número 2 mayo 2012. pp. 225-247.[Internet] [Consulta el 27 de marzo de 2013] Disponible en: http://www.aibr.org/antropologia/07v02/articulos/070204.pdf
[250] Dutra, I. L. y Meyer, E. Parto Natural, Normal y Humanizado: términos polisémicos. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28(2): 215-222. 2007.
[251] Bretin H. Gómez, C. Op. cit. pág 54.
[252] WHO. Appropriate Technology for Birth (Fortaleza Recommendations). *Lancet* Aug 24, 1985: pp. 436-437.

formularon dieciséis recomendaciones[253]. En el documento resultante, se define el nacimiento como un proceso normal y natural, especificando que, incluso los embarazos de bajo riesgo, pueden sufrir complicaciones, añadiendo la necesidad de realizar una profunda transformación de los servicios sanitarios y de las actitudes de los profesionales para poder llevar a cabo las recomendaciones propuestas. En cuanto al parto normal y la participación de las matronas, la recomendación general que destacamos es la siguiente, en tanto en cuanto nos sirve como referencia para nuestro estudio:

> *Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.*

Este mismo documento, incluye otras recomendaciones tanto de índole general como más específicas en relación a la práctica clínica adecuada. Aquí remarcamos que estas recomendaciones, tal y como refiere la Organización Mundial de la Salud, son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo. Posteriormente, en 1996, en Ginebra, un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud elaboran el documento antes mencionado *Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica*[254], en la que ya se define, de una forma más concreta, el término parto normal como ya hemos destacado. De nuevo en Brasil, concretamente en Ceará, en el año 2000, se celebró la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto[255], organizada por los integrantes del movimiento brasileño para la humanización, auspiciada por el Proyecto Luz y promovida por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) donde se definió el concepto de humanización en el nacimiento:

> *El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto,*

[253] Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985 Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM. (Asociación Catalana Pro Lactancia Materna. [Internet] [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf

[254] Cuidados en el Parto Normal. Organización Mundial de la Salud. Op.cit.

[255] Declaración de Ceará en torno a la Humanización. Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN (International Baby Food Action Network) de América Latina y el Caribe Año 1 - N° 18 -del 7 al 13 de Agosto [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A1N18.htm#declaracion

creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, según Matute[256], emitió, en 1989, un documento que envía a las Direcciones provinciales del INSALUD, del que no hemos encontrado su publicación oficial, sino dos referencias electrónicas[257]. En ellas se incorporan las *Recomendaciones para una atención familiar al Parto,* fomentando la psicoprofilaxis obstétrica, el derecho al acompañamiento en el parto, adecuación de los espacios, favorecimiento de la intimidad, contacto precoz padre/madre/hijo ininterrumpido, etc. Creemos que este documento no tuvo el suficiente calado entre los y las profesionales y administraciones públicas, puesto que consideramos que no se ha conseguido un verdadero compromiso institucional hasta 2007, año en el que el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, publicó la Estrategia de Atención al Parto Normal, fruto de las demandas sociales, profesionales y de las administraciones sanitarias autonómicas, tras la revisión de la evidencia científica existente en ese momento, del análisis de experiencias innovadoras y modelos de buena práctica y mediante el trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y entidades autonómicas. Este trabajo fue liderado desde el Observatorio de Salud de la Mujer, hoy de las Mujeres[258], dirigido, en aquel momento, por Concha Colomer Revuelta[259], y en coordinación con la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ha sido desarrollado a través de un Comité Institucional con representantes de todas las Comunidades Autónomas, así como de un Comité

[256] Matute, J.I. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Medicina Naturista, 2006, nº 10. 533-537.
[257] Recomendaciones a aplicar en el embarazo y en el parto. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. 6 de julio de 1989. [Internet.] [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.durga.org.es/webdelparto/ministerio_sanidad.htm
[258] El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) es, según la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), un organismo de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del (MSSSI). Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Actúa de manera participativa y colaborativa para generar y difundir conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud. [Internet]. [Consulta el 1 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02.htm
[259] Concha Colomer Revuelta, doctora en medicina y pediatra, fue pionera en colocar la perspectiva de género en los problemas de salud. Feminista comprometida, fue la impulsora de las estrategias de detección de violencia de género en la asistencia sanitaria, atención al parto normal y salud sexual y reproductiva tanto en la Atención Hospitalaria como en centros de Atención Primaria. [Internet] [Consulta el 1 de abril de 2013] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/noticias/i/15896/70/concha-colomer

Técnico de representantes de las Asociaciones Científicas y de Usuarios, además de personas expertas en el tema.

En las primeras reuniones, surgió un amplio debate hasta consensuar el título definitivo de la Estrategia de Atención al Parto Normal, a través de talleres y grupos de trabajo en los que se iniciaron los documentos de trabajo que dieron forma a la actual Estrategia. El objetivo general[260] que propone es:

> *Potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales, y una serie de objetivos específicos entre los que destacamos el fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico y reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería, tanto en especialización como en formación continuada implicado en la atención al parto, para que incorporen los contenidos de esta Estrategia en su trabajo.*

En el documento definitivo, encontramos una referencia al término de *humanización al fomento del acompañamiento durante el parto* como parte integral de la estrategia de humanización[261] puesto que, según afirma, *la institucionalización y medicalización del parto fue el factor determinante para separar a la familia en el momento del nacimiento*[262].

6.6. Situación actual de la atención al parto en la Región de Murcia

La forma en cómo se atienden los nacimientos en la Región de Murcia ha variado en los últimos años, y esta modificación no sólo se debe a los cambios físicos y estructurales en los espacios donde tienen lugar los mismos, sino también gracias a la influencia del cambio cultural, social y demográfico que se ha producido en todo el territorio nacional y que ha desembocado en una evolución, acorde con estos cambios, en la formación de los y las profesionales implicados, así como en las expectativas de las mujeres que son atendidas, como mostraremos en el capitulo 9. En concreto, vamos a analizar los cambios acontecidos desde la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud y la puesta en marcha del Proyecto de

[260] Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. op cit. p 33.
[261] Ibíd. p. 36.
[262] Ibíd. p. 64

Atención al Parto de la Región de Murcia y su importancia o no en el desarrollo profesional de las matronas entrevistadas.

6.6.1. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud

El 19 de septiembre de 2007, se celebró la Jornada de presentación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, con amplia asistencia y participación de profesionales de la asistencia clínica, gestión sanitaria, de la docencia y la investigación, así como una representación de las sociedades profesionales, organizaciones sociales y de mujeres. Se presentan diversas sesiones plenarias y se llevan a cabo cuatro talleres simultáneos correspondientes a las cuatro líneas estratégicas del documento:

1. Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

1.1. Rasurado del periné.
1.2. Enema.
1.3. Acompañamiento durante el proceso.
1.4. Acompañamiento durante el parto
1.5. Manejo del dolor durante el parto.
1.6. Posición materna durante el periodo expulsivo.
1.7. Episiotomía.
1.8. Alumbramiento.
1.9. Partos instrumentales.
1.10. Cesáreas.
1.11. Contacto piel con piel madre-criatura tecién nacida.
1.12. Atención Postnatal inmediata. Lactancia.

2. Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones.

3. Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería (especialización y formación continuada).

4. Investigación, innovación. Difusión de buenas prácticas de atención al parto normal.

Además de los ejes transversales de equidad en relación a la diversidad de capacidades, multiculturalidad y la perspectiva de género. Asimismo, se plantean las recomendaciones para mejorar la calidad de la atención con la base de la evidencia científica para que consiga el máximo de alianzas entre profesionales, sociedad civil y administración de servicios.

El documento se asume al más alto nivel institucional con su aprobación por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que fue seguido de la constitución del Comité Institucional (CI) y Técnico (CT), para su implementación y seguimiento.

El Objetivo General de la Estrategia es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales.

Y los Objetivos específicos son los siguientes:

1. Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
2. Incorporar la participación activa de las usuarias en la toma de decisiones informadas en la atención al parto.
3. Reorientar la formación del personal de medicina y de enfermería (en el pregrado, especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
4. Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

Paralelamente a la elaboración de la EAPN, el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) establece líneas de financiación para proyectos de Salud Perinatal y de Atención al Parto que presenten las Administraciones Autonómicas para implementar las recomendaciones de la EAPN. Por otro lado, también ofrece apoyo institucional y económico a las iniciativas de las entidades implicadas orientadas a difundir y desarrollar las recomendaciones de la EAPN.

6.6.2. Difusión nacional de la Estrategia

La difusión de la Estrategia llevada a cabo por el Ministerio, se ha producido a través de diversas Jornadas dirigidas a profesionales y al público interesado. La primera de ellas tuvo lugar el 23 de septiembre de 2008, en la que se presentó el

documento definitivo y cuenta con una amplia participación de profesionales de la asistencia, de la gestión sanitaria, de la docencia y de la investigación, así como una representación de las sociedades profesionales, organizaciones sociales y de mujeres. Se realizaron diversas sesiones plenarias y cuatro talleres de trabajo correspondientes a cada una de las líneas estratégicas contempladas.

Las personas que asistieron a los talleres participaron activamente en el debate y pusieron de relieve que la atención al parto normal, según la EAPN, se podría convertir en un ejemplo de promoción de salud desde los servicios sanitarios, y se puso de manifiesto que el parto normal es un proceso fisiológico, por lo que se consideró imprescindible partir de este concepto. Por todo esto, los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no debería plantear a la mujer elegir entre un parto según las recomendaciones de la EAPN o uno tradicional, sino que la atención al parto debería aplicar las recomendaciones de la EAPN, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y la Guía de Práctica Clínica.

También se debatió la dificultad que tienen las guías y otros instrumentos técnicos para su implantación y cumplimiento tras su aprobación y publicación. Para que se alcancen los objetivos planteados en ellos, se recomienda que se acompañen de mecanismos de gestión dentro de las organizaciones sanitarias. Tanto la Guía de Práctica Clínica para profesionales como los Estándares de Calidad que se planteen para las unidades y servicios sanitarios que integren la red de servicios del Sistema Nacional de Salud deben ir en sintonía con las recomendaciones que se establecen en la EAPN, lo que facilitará la implementación de dichos instrumentos como garantes de la calidad en la atención sanitaria a estos procesos y, por tanto, facilitar que sean medibles y cuantificables.

Posteriormente, el 26 de octubre de 2011, tuvo lugar la Jornada de Seguimiento de la EAPN titulada “La voz de las mujeres en la Estrategia” y el 20 de febrero de 2013 la V Jornada Técnica de Buenas Prácticas sobre las dos Estrategias en las que se debaten diferentes aspectos relevantes de la asistencia al parto y a la salud reproductiva en general.

6.6.3. Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia

El Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, en un principio denominado **Proyecto de Humanización del Parto,** se inicia en Murcia en el año 2007, impulsado desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, en colaboración con el Servicio Murciano de Salud, poco antes de la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Previamente, y dado el interés social y de las administraciones sanitarias autonómicas en desarrollar prácticas innovadoras en la atención al parto, en los años 2006 y 2007 se dedicaron parte de los fondos destinados a estrategias de salud y políticas de cohesión, a implantarlas, a través de Convenios de colaboración con todas las Comunidades Autónomas, para potenciar la atención al parto normal, con el deseo de alcanzar a la población de todo el Estado. Tras la publicación Estrategia, se cambió su denominación por el de **Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia**[263].

Y es que ya en el año 2006, la Subdirección General de Asistencia Especializada emitió un informe, en el que se hacía referencia a la solicitud de información del entonces Defensor del Pueblo, en relación a las demandas de distintas personas que piden una mayor "humanización" en la asistencia al parto y una asistencia más natural, aunque el informe especifica que: *las Unidades de Obstetricia de la Comunidad de Murcia obedecen a los criterios establecidos en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en sus recomendaciones de asistencia al parto normal* se hace necesario definir cuándo se produce el cambio de "parto normal" a parto patológico y sugiere el establecimiento de un protocolo de parto natural no medicalizado que *se lleve a cabo a petición de los padres*.

En este contexto se constituye el 22 de junio de 2007, la Comisión Directiva del Proyecto de Investigación sobre Humanización y Naturalización del Parto, cuyo objetivo es el de establecer, coordinar y supervisar las principales líneas de trabajo y desarrollo del Proyecto con especial incidencia en las áreas de intervención propuestas y los contenidos de cada una de ellas, como son:

[263] Humanización de los Servicios Sanitarios. Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Espacio Sociosanitario. Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Portal MurciaSalud. [Internet] [Consulta el 1 de abril de 2013] Disponible en: http://www.murciasalud.es/espacioss.php?seccion=humanizacion

1. **Aspectos relacionados con la calidad asistencial y los cuidados integrales.**

a) Desarrollo de acciones orientadas a la preparación de la mujer y a cubrir sus distintas necesidades psicológicas, biológicas, emocionales e intelectuales, respondiendo a sus expectativas., teniendo en cuenta la valoración de las encuestas realizadas a las mujeres.

b) Fomentar las acciones y la infraestructura orientadas al respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres, a través del análisis y evaluación de las condiciones de adecuación espacial y estructural de los centros hospitalarios, para la adaptación de las recomendaciones contempladas en la Estrategia de Atención al Parto Normal.

c) Elaboración de un protocolo de asistencia al parto que regule las condiciones básicas y la coordinación entre dispositivos asistenciales y las prácticas profesionales. Profundizando en los indicadores relevantes por hospitales, teniendo en cuenta los contratos de gestión y el análisis de la actividad de los profesionales de los servicios de obstetricia.

A partir de esta fecha se presenta este Proyecto Regional y la Estrategia Nacional en todos los centros hospitalarios de la Región como se especifica posteriormente.

2. Aspectos formativos:

a) Programa formativo dirigido a los profesionales sanitarios implicados en los servicios de atención al parto.

Todo ello mediante el diseño y puesta en marcha del programa formativo que se indica en el apartado destinado a la formación.

3. Aspectos relacionados con la evidencia científica.

En colaboración con la Dirección General de Calidad, Formación e Investigación Sanitaria se crea el Centro para la Investigación y el Desarrollo de la Excelencia Clínica (Ci+dec) con el objetivo de recuperar, analizar, sintetizar y realizar el seguimiento de evidencias relacionadas con el parto normal con el fin de facilitar la incorporación de las mejores evidencias disponibles al cuidado de la salud de las madres y sus recién nacidos.

Asimismo, se valoró el Área V de Salud como lugar idóneo para llevar a cabo un pilotaje, debido a la existencia, en dicha Área, de un proyecto ya consolidado de salud perinatal centrado en lactancia materna, teniendo en cuenta las posibilidades

estructurales y espaciales del centro y la comparativa con el resto de centros. Posteriormente se incorporaron al Proyecto el resto de hospitales con maternidad de la Región de Murcia, tal y como veremos a continuación.

6.6.4. Incorporación de una matrona al Proyecto

En el mes de marzo de 2008 se procedió a la selección e incorporación de una profesional sanitaria (Matrona) al Proyecto de Atención al Parto Normal en la Región de Murcia como Coordinadora Técnica del mismo, teniendo en cuenta su experiencia Profesional y experiencia en Formación e Investigación, acorde con los objetivos del Proyecto de Atención al Parto Normal y cuya adscripción funcional correspondía a la Dirección General de Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias, siendo la investigadora principal de esta tesis doctoral la persona seleccionada para desarrollar esta función.

6.6.5. Difusión de la Estrategia y el Proyecto en hospitales de la Región.

La difusión de la Estrategia y el Proyecto en todos los centros sanitarios de la Región de Murcia que cuentan con maternidad, se realizó en varias fases. En primer lugar se contactó con las Gerencias y Direcciones de cada hospital, convocando una reunión con los/las Jefes/as de Servicio implicados en la Atención al Parto (Ginecología y Obstetricia, Anestesia y Reanimación, y Pediatría), la Dirección Médica y las Direcciones de Enfermería y Supervisora de la Unidad de Paritorio. En esta reunión, se presentó tanto la Estrategia como el Proyecto, y se les solicitó la cumplimentación de un Documento de Trabajo, elaborado con el fin de conocer la situación en los centros con respecto a cada una de las doce Prácticas Clínicas recogidas en el documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal, las necesidades para su puesta en marcha y la viabilidad o dificultades encontradas en cada uno de ellos. Además, se propuso la conformación de Grupos de Trabajo multidisciplinares que analizasen el desarrollo de las Prácticas Clínicas propuestas en la Estrategia y que determinaran las necesidades detectadas en diferentes niveles.

- Recursos Materiales.
- Infraestructura.
- Formación.

- Recursos Humanos.
- Investigación.

Por último, se solicitó a cada Centro que incluyeran en su sistema de registro (SELENE) una serie de Indicadores para la realización del seguimiento y evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal y se informó del desarrollo de un Plan de Comunicación a los/as profesionales de la Región, desde diferentes medios.

La incorporación de los hospitales de la Región al Proyecto fue igualmente de una forma paulatina, comenzando con el Hospital Virgen del Castillo de Yecla como hemos visto, y posteriormente el resto de hospitales. Tras la presentación del Proyecto y la Estrategia a los equipos directivos de cada Centro, se obtenía por su parte el compromiso para realizar aquellas acciones y/o cambios necesarios para implementar las recomendaciones incluidas en la Estrategia, contando con el apoyo institucional y los recursos económicos y humanos que ofrecía tanto el Ministerio de Sanidad como la Consejería de Sanidad de Murcia.

Las fechas en las que se ha presentado la Estrategia, el marco general del Proyecto así como las acciones propuestas para su puesta en marcha en cada uno de los Centros, han sido las siguientes:

- El 14 de noviembre de 2007 en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

Durante el año 2008:

- El 16 de enero se presentó a representantes del Área de Paritorio del Hospital Rafael Méndez de Lorca.
- El 8 de abril en el Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz.
- El 27 de marzo se expuso el Proyecto a parte del equipo directivo del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.
- El día 4 de abril se realizó la presentación del Proyecto a profesionales del Área III en el Hospital Rafael Méndez de Lorca.
- El 10 de abril se realizó una nueva reunión en el Hospital Virgen del Castillo con el motivo de comprobar los avances llevados a cabo en relación al Proyecto desde la anterior reunión y las áreas de mejora pendientes.
- El 15 abril tuvo lugar una reunión con el equipo directivo de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y el 23 mayo con la Gerencia de Atención

Primaria tanto del área de Cartagena, Hospital Santa María del Rosell, como del Hospital Los Arcos.

- El 30 de junio se presentó a todo el equipo directivo de las Áreas implicadas en la atención al parto, a la madre y al recién nacido/a del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en Murcia.
- El día 23 de Octubre en el Hospital los Arcos del Mar Menor, entonces aún situado en Santiago de la Ribera.
- Y finalmente, ya en el año 2009, concretamente el día 5 febrero, en el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena.

6.6.6. Difusión a nivel regional

La difusión en Murcia sobre la evolución del Proyecto y el progreso del mismo en cada uno de los hospitales, así como la presentación de la Guía de Práctica Clínica y la Estrategia de Salud Reproductiva, a los y las profesionales implicados, se realizó a través del II Simposio en colaboración con la Sociedad Murciana de Calidad (SOMUCA) denominada: Jornada de Salud Reproductiva. Tuvo lugar el día 3 de junio 2009, en el Salón de actos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, al que asistieron 252 profesionales (201 mujeres y 51 hombres) de los cuales 115 son matronas, 38 médicos/as, 6 auxiliares de enfermería, 8 auxiliares administrativos y el resto perteneciente a otras profesiones no tan directamente relacionadas con la atención al parto, pero sí interesadas en este tema. Destacamos, además de la presentación de los documentos publicados por el Ministerio de Sanidad antes mencionados, las mesas redondas en las que se trataron diversos temas como el proceso de atención a la maternidad-paternidad y crianza con perspectiva de calidad, social y de género; y las experiencias de algunos hospitales considerados de Buenas Prácticas como son el hospital Son Llatzer de Mallorca, Costa del Sol de Marbella y el hospital La Plana de Castellón, que fueron expuestas por profesionales que trabajan en ellos.

Además, se presentaron las innovaciones desarrolladas en los seis hospitales de la Región de Murcia en cuanto a la atención al parto, basadas en las recomendaciones que propone la Estrategia e incluidas en el Proyecto.

Este encuentro entre profesionales está contemplado como uno de los objetivos a cumplir dentro de los convenios entre la Consejería y el Ministerio, a la hora de difundir la Estrategia en nuestro sistema sanitario, no sólo en cuanto a la mejora de

las prácticas clínicas basadas en la evidencia actual, sino en el cambio de filosofía que se está produciendo, tanto en los y las profesionales implicados en el proceso de atención al parto, como también en las mujeres que asisten a los Centros sanitarios para ser atendidas, y esto creemos que puede repercutir, de una forma u otra, en el desarrollo de las competencias de las matronas, como trataremos de demostrar posteriormente.

Para dar continuidad a este Simposio, en el año 2013, se realizó el I Foro Regional de Salud Sexual y Reproductiva, en el que participaron nuevamente la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA), y la Asociación de Matronas de la Región de Murcia, en colaboración con la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, y se integraron las nueve Áreas de Salud de la Región, que pusieron de manifiesto sus mejores experiencias y Buenas Prácticas en relación a la Salud Sexual y Reproductiva; además se dieron a conocer diferentes investigaciones que se están llevando a cabo en la región, teniendo en cuenta la atención holística y biopsicosocial a las mujeres, sus hijos e hijas y familiares. Con este encuentro entre profesionales se pretendía mantener el acceso al mejor conocimiento actual y el mantenimiento de la calidad asistencial, en todos los centros asistenciales del Servicio Murciano de Salud.

Otras acciones de difusión del Proyecto y/o de la Estrategia desarrolladas han sido la participación en el V Congreso Español de Lactancia Materna en Murcia, en marzo de 2009, en las IV Jornadas de la Asociación de Matronas de Castilla la Mancha, en noviembre de 2009, I Jornada sobre Lactancia Materna y Atención al Parto Humanizado, en Orihuela, en mayo de 2012, y en el IX Congreso FEDALMA en Águilas en junio del mismo año, además de entrevistas en diferentes medios de comunicación, de las que incluimos tres en los Anexos.

6.6.7. Legislación de la atención al parto en la Región de Murcia

Creemos imprescindible describir el marco legal en el que se ha sustentado el desarrollo del Proyecto, a través de los Convenios suscritos entre el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad de Murcia, en los que se contempla el desarrollo de las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal, en el Sistema Nacional de Salud. Por una parte, en la Resolución de 18 de diciembre de

2007, del BOE de 12 de enero de 2008[264], en la que se concreta la realización de las siguientes actuaciones:

Impulsar la atención natural al parto normal en las maternidades del Servicio de Salud de Murcia, así como la humanización de todo el proceso y el fomento de la lactancia materna, desde una perspectiva de género.

Las acciones se desarrollarán en el Área de Salud V del Altiplano de la Región de Murcia, como fase piloto, desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.

En estos centros sanitarios, se ofrecerá a las gestantes sin factores de riesgo o con un riesgo bajo una asistencia al parto de forma natural, no medicalizado, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja.

- En este Convenio se establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo:

  Prestará el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el Convenio. Aportará la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, siempre que ésta se encuentre en su poder. Financiará las actividades tal como se detalla en la cláusula sexta. Actuando como coordinadora la Directora del Observatorio de Salud de la Mujer.

- Por parte de la Consejería de Sanidad se hará cargo del proyecto, de acuerdo a las siguientes fases y metodología:

  1. Aspectos relacionados con la calidad asistencial y los cuidados integrales:

  a. Desarrollar acciones orientadas a la preparación de la mujer y a cubrir sus distintas necesidades psicológicas, biológicas, emocionales e intelectuales, respondiendo a sus expectativas.

  b. Informar a la gestante y a su pareja durante el embarazo, tanto en las consultas prenatales como en los cursos de preparación al parto, sobre la

[264] Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm 11, pág 2468. 12 enero 2008. [Internet] [Consulta el 1 de abril de 2013] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/12/pdfs/A02468-02469.pdf

asistencia al parto que le puede ofrecer su maternidad, entre la que se encontrará la asistencia natural a parto normal.

c. Facilitar el proceso de toma de decisiones de la mujer durante las distintas fases de la atención perinatal.

d. Fomentar las acciones y la infraestructura orientadas al respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

e. Elaborar un protocolo de asistencia al parto que regule las condiciones básicas y la coordinación que deben reunir los dispositivos asistenciales y las prácticas profesionales de la Región de Murcia.

2. Aspectos formativos:

a. Programa formativo dirigido a profesionales sanitarios implicados en los servicios de atención al parto.

i. Profesionales de enfermería especializada (Matronería) de Atención Primaria y de Atención Especializada.

ii. Profesionales de enfermería en formación. Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronería).

iii. Obstetras relacionados con la atención al parto.

iv. MIR de Obstetricia y Ginecología.

v. Personal de enfermería y auxiliar relacionados con la atención al nacimiento.

b. Visita de corta estancia, de profesionales de la matronería y la obstetricia del Servicio de Salud de Murcia a Hospitales de otras Comunidades que adoptan o tienen implantada la atención natural al parto.

3. Aspectos socioculturales:

a. Acciones de sensibilización e información dirigidas a la población en su conjunto, especialmente a los grupos más jóvenes y a las mujeres.

b. Incorporación de la perspectiva multicultural, atendiendo la diversidad de culturas y costumbres.

c. Elaboración de la «Guía de Atención al Parto». Este será un documento informativo para la embarazada y su pareja, donde se le informará de las opciones de asistencia al parto que le ofrecen las maternidades públicas en la comunidad autónoma de la Región de Murcia. Esta Guía se entregará durante la vigilancia prenatal.

***4. Aspectos relacionados con la evidencia científica**:*

a. Desarrollar y consolidar una línea de trabajo interdisciplinar sobre humanización del parto, basada en evidencias, adecuación de las prácticas profesionales, los protocolos, las políticas y los ejemplos de buenas prácticas.

b. Realización de Jornadas/Foros de debate sobre parto natural, a cargo de profesionales nacionales e internacionales, expertos en este tipo de asistencia.

Posteriormente, en el siguiente Convenio, publicado el 8 de noviembre de 2008[265] mantiene la continuidad de los objetivos del Convenio anterior, pero ampliando el Proyecto a otros hospitales, como vemos a continuación, y cuyo objetivo principal es:

Desarrollar en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Murcia las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema nacional de Salud, para implantar de manera progresiva en todo su territorio, la atención natural al parto normal en las maternidades de la Consejería de Sanidad y Consumo así como la humanización de todo el proceso y el fomento de la lactancia materna, desde una perspectiva de género.

Las acciones se impulsarán desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria y se desarrollarán en los siguientes centros sanitarios: Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Rafael Méndez de Lorca, Virgen de la Arrixaca de Murcia y Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca. En estos centros sanitarios, se ofrecerá a las gestantes sin factores de riesgo o con riesgo bajo una asistencia al parto de forma natural, no medicalizado, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer, así como el derecho a estar acompañada por la persona que ella desee durante todo el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio.

[265] Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la Consejería de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. BORM núm 260. 8 noviembre 2008. http://borm.carm.es/borm/documento?obj=anu&id=354614

Los objetivos que se plantean son:

a. Asegurar la atención natural al parto normal como una de las prestaciones de los servicios sanitarios públicos en la Comunidad Autónoma de Murcia.

b. Garantizar una asistencia sanitaria basada en la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible y en ejemplos de buenas prácticas.

c. Garantizar la equidad de acceso y la calidad de la atención.

d. Fomentar las acciones y la infraestructura orientadas al respeto a la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

e. Aumentar el papel y la participación activa de las mujeres, ofreciendo la información necesaria, respetando sus decisiones en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y acordando un plan de parto.

f. Garantizar la formación adecuada de profesionales responsables de dicho proceso asistencial.

g. Fomentar el vínculo afectivo madre-criatura recién nacida, facilitando el contacto precoz piel con piel y la no separación de ambas durante el periodo de hospitalización.

h. Potenciar la co-responsabilidad paterna, estableciendo canales de participación durante el proceso y en la crianza.

i. Efectuar análisis comparativos de resultados entre los centros sanitarios que realizan atención al parto y compartir experiencias.

Por otra parte, destacamos los siguientes artículos relacionados directamente con la atención al parto en la Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia[266]:

Artículo 21.- Derecho a la intimidad.

1. Los ciudadanos tienen derecho a salvaguardar su privacidad e intimidad en el ámbito de las actuaciones sanitarias.

2. En este sentido, las atenciones sanitarias que se presten en los centros sanitarios, tales como, exploraciones, actividades de higiene o de cuidado personal, deben procurar el respeto de la persona y de su intimidad corporal.

[266] Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial del Estado 9 de febrero 2011. núm 34. Sec. I. p. 13608. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/09/pdfs/BOE-A-2011-2493.pdf

3. En dichas actuaciones, la presencia de otros profesionales, estudiantes o investigadores, que no sean los responsables o encargados directos en la realización de tales atenciones, deberá ser razonable y proporcional, debiendo el médico responsable informar al paciente sobre la finalidad de esta presencia. La opinión o manifestación expresa que a este respecto formule el interesado o la persona que lo represente deberá tenerse en consideración, sí bien se procurará compatibilizar las necesidades formativas con las preferencias personales del paciente.

4. La grabación y difusión de imágenes, mediante cualquier medio técnico que permita la identificación de una persona como destinatario de una actuación sanitaria, podrá ser limitada por el usuario. Para llevar a cabo estas actuaciones, deberá obtenerse, una vez explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, la previa y expresa autorización por escrito del interesado o de la persona que ejerza su representación.

Artículo 22.- Derecho al acompañamiento.

3. Se vigilará especialmente que, durante el proceso del parto, sea efectivo el derecho de toda mujer a que se facilite el acceso al padre o a cualquier otra persona designada por ella para estar presente, salvo cuando las circunstancias no lo hicieran aconsejable, circunstancias que serán explicadas a los afectados de manera comprensible.

6.6.8. Constitución del Consejo Coordinador de la Atención al Parto Normal de la Región de Murcia

El 10 de marzo de 2008 se constituyó el Consejo Coordinador de la Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, como Órgano institucional legitimado para la toma de decisiones y para asegurar la continuidad de las actuaciones que se realizan en este ámbito en los Centros de la Región.

A lo largo de las diferentes reuniones que han tenido lugar, desde marzo de 2008 hasta mayo de 2012, cinco en total, se ha destacado la importancia de este órgano consultivo y asesor para la implantación y seguimiento del Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. Sus miembros son, por una parte. los Jefes/as de Servicio de Ginecología y Obstetricia de los seis hospitales incluidos en el estudio, las Supervisoras de los seis paritorios, el Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Virgen

del Castillo de Yecla, el Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, y por otra parte están representadas tanto la Subdirección General de Asistencia Sanitaria, la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, el Director y la Coordinadora Técnica del Proyecto.

Las funciones del Consejo quedan enmarcadas dentro de cada una de las líneas estratégicas definidas en el documento de la Estrategia de Atención al Parto Normal para el Sistema Nacional de Salud e incluidas en los siguientes objetivos:

Objetivo Estratégico 1

Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible a través de:

1.- Establecimiento de un Consenso de mínimos para la elaboración de un Protocolo Regional de Atención al Parto Normal y su materialización en un documento.

2.- Definir y programar un Plan de Comunicación dirigido a la Población General y a los Profesionales Sanitarios.

3.- Unificar el sistema de registro de indicadores.

Objetivo Estratégico 2

Formación de profesionales sanitarios de la medicina y la enfermería, para lo que se propone:

1.- Establecer los criterios y contenidos del Plan de Formación.

- Cursos temáticos.
- Curso de Formación de Formadores.

2.- Proponer criterios para la formación universitaria y de postgrado en relación al parto normal, incluyendo embarazo y lactancia.

Objetivo Estratégico 3

Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones. Plan integral de Atención a la Mujer, con cuya puesta en marcha se pretende mejorar la Comunicación Primaria- Hospital y unificar los criterios de la atención durante el embarazo- parto y puerperio en la Región.

Objetivo Estratégico 4

Investigación e Innovación, fomentando los estudios relacionados con la atención al parto.

Dentro de las acciones que se han presentado en el marco de este Consejo Coordinador, destacamos las más relevantes para nuestra investigación, como son la elaboración de un Consenso de Mínimos, utilizando la información obtenida tras analizar los documentos de trabajo remitidos a los centros. Todo esto dió como resultado, un Documento Informativo de Atención al Parto y Nacimiento que sirvió para difundir a las y los profesionales implicados en la atención al parto y a las mujeres usuarias de esta atención, las prácticas clínicas que se realizan en cada uno de los centros con maternidad de la región.

Además, se elaboró una hoja de registro del parto y un partograma único para toda la región a través de un grupo de trabajo con representación de cada uno de los centros hospitalarios incluidos en el Proyecto que se implantó paulatinamente.

Por otra parte, en las diferentes reuniones, se informó acerca del programa formativo que se ha desarrollado en la región, con un total de 31 acciones formativas, con 350 horas de formación y la asistencia de 985 profesionales, 825 mujeres y 161 hombres, así como sobre el Plan de Formación en Violencia de Género[267], dirigido a los y las profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud y sobre la realización de una Jornada de Salud Reproductiva, que posteriormente detallaremos.

Asimismo, se presentaron los diferentes documentos publicados, como la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, Cuidados desde el Nacimiento y la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal, para su conocimiento y recomendación de su utilización. También se explicó el Proyecto Multicéntrico de Adecuación de Cesáreas Urgentes y Programadas a Estándares, que se está desarrollando en la Región, y que consiste, en primer lugar, en una autoevaluación, mediante un estudio retrospectivo de las cesáreas realizadas durante tres meses, lo que facilitó tomar conciencia acerca de las indicaciones de cesáreas realizadas; y una siguiente fase, que consistió en la realización de auditorias de una muestra seleccionada para cada hospital y el posterior estudio prospectivo, una vez que se puso en marcha dicho Proyecto.

Se estableció un Plan de Comunicación dirigido a la población, principalmente a las mujeres embarazadas y sus acompañantes, y a los/las profesionales sanitarios/as a través de los materiales elaborados por los diferentes grupos de trabajo de

[267] Plan Integral de Formación en Violencia de Género. Región de Murcia. 2009. [Internet] [Consulta el 12 junio 2012]. Disponible en: www.murciasalud.es/recursos/ficheros/176495-Folleto_presentacion_PIFOVIG-2.pdf

cada Área de Salud destinados a las sesiones de Educación Maternal, en los que se incluye información sobre el Plan de Parto, y se fomentó, para mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria, la elaboración del Plan Integral de Atención a la Mujer, PIAM, durante los años 2012 y 2013, y cuya implantación y revisión continúa en la actualidad.

Otro de los aspectos fundamentales tratados en el marco del Consejo Coordinador fue la colaboración con los diferentes Servicios de Anestesia y Reanimación de los seis hospitales de la región en los que se producen nacimientos, en relación a los métodos de alivio del dolor, la ingesta de líquidos durante el periodo de dilatación y el acompañamiento de la mujer durante su proceso del parto, temas incluidos dentro de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal.

Por último, se realizó una evaluación y actualización de la Estrategia desde el Ministerio a algunos hospitales de la región, ampliándose a todos los centros implicados por parte de la Subdirección General de Calidad, y se planteó la necesidad de establecer la continuidad del Proyecto, para lo que se propuso y aprobó que cada centro organizase sesiones clínicas y talleres formativos en función de sus necesidades detectadas, y se expuso la propuesta de elaboración de un Protocolo Regional de Atención al Parto Normal que se materializó en la Vía Clínica de Atención al Parto.

Como resumen a este capítulo, observamos que se han llevado a cabo diferentes acciones en relación a la atención al parto en la Región de Murcia, y pretendemos comprobar si tales acciones han influido en las matronas incluidas en nuestro estudio en un mejor desarrollo de sus competencias profesionales o si por el contrario no han tenido ningún efecto en ellas.

En la siguiente tabla reflejamos la información facilitada por cada uno de los hospitales que participan en el Proyecto de Atención al Parto Normal y que se incluyen en el documento informativo elaborado a partir del Consenso de Mínimos mencionado, y en la que podemos apreciar algunas diferencias entre las características destacadas como lo más representativo que realizan en cada hospital durante la atención al parto.

En el siguiente capítulo analizaremos algunos aspectos relevantes del escenario de nuestro estudio y la importancia del mismo en nuestra investigación.

Tabla III. Características de la Atención al Parto y Nacimiento

	ATENCIÓN AL PARTO Y NACIMIENTO EN LA REGIÓN DE MURCIA CARACTERÍSTICAS POR HOSPITALES
HCUVA	Se respeta la decisión de la madre con respecto a la administración del enema. En el periodo de dilatación y siempre que las condiciones lo permitan, la gestante puede adoptar la postura que ella desee, incluso deambular, así como tomar zumos o agua. Se ofrece la posibilidad de analgesia epidural a las mujeres que lo soliciten. La gestante puede estar acompañada durante todo el periodo de dilatación por la persona que ella elija, y si el parto evoluciona de forma normal (no instrumentado) también puede estar acompañada durante el periodo expulsivo. Puede utilizar diferentes posturas en este periodo y según las características del parto optar por la silla de parto. En el momento del nacimiento se coloca al recién nacido/a en contacto piel con piel con su madre, favoreciendo así el vinculo madre-hijo/a y la lactancia materna. También se realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical. Después del parto, la madre y su criatura pasan a una sala de varias camas que se denomina Recuperación de Madres. El recién nacido/a y su madre no se separan en ninguna circunstancia, solamente en caso de que el recién nacido/a precise su ingreso en el área neonatal, donde el padre y/o la madre posteriormente pueden estar junto a su hijo/a, así como realizar el Método Canguro y Estimulación Temprana siempre que las condiciones lo permitan. En este hospital se puede hacer donación de la sangre de cordón para banco público de forma solidaria. El Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca se encuentra en un proceso de cambio con la construcción de un nuevo Hospital Materno-Infantil en el que se dispondrá de mejores dependencias. Asimismo, se trabaja en equipo para favorecer todas las Recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, dentro de las posibilidades que ofrece y sobre todo se busca mejorar la satisfacción de nuestras usuarias y sus familiares.
CHUC	Desde el nuevo Hospital Universitario Santa Lucía, todos los y las profesionales que trabajan en la asistencia al embarazo, parto y puerperio desean que la experiencia del nacimiento sea la mejor posible. Para ello, se ofrece una práctica clínica científica y al mismo tiempo centrada en la mujer, su pareja y su hijo/a, tal y como recomienda la Estrategia de Atención al Parto Normal de Sistema Nacional de Salud. En este sentido, la mujer gestante puede, si así lo desea, estar acompañada durante todo el proceso por la persona que elija, optar por diferentes métodos y formas de alivio del dolor, adoptar diferentes posiciones durante la dilatación y el expulsivo y recibir información y asesoramiento sobre lactancia materna e inicio inmediato de la misma tras el nacimiento.

HURM	En cuanto a la asistencia al parto se favorece el acompañamiento continuo, la posibilidad de caminar durante el periodo de dilatación y de utilizar diferentes posiciones en el momento del expulsivo, siempre que las condiciones asistenciales y estructurales lo permitan.
HCN	Durante el periodo de dilatación, la gestante puede adoptar la posición que desee siempre que las condiciones lo permitan. Las dilataciones son individuales, amplias y gozan de luz natural. La persona acompañante que la gestante elija puede estar junto a ella todo el tiempo que ella desee. El equipo obstétrico está junto a la mujer y su familia durante todo el proceso para que su vivencia del nacimiento sea agradable. Durante el periodo expulsivo la mujer puede adoptar diferentes posiciones, según las características de cada parto. Si las circunstancias lo permiten, inmediatamente tras el parto, se coloca a la criatura sobre la madre piel con piel para facilitar que se inicie la primera toma de lactancia materna en paritorio. Se realiza el pinzamiento tardío del cordón umbilical. En caso de cesárea, si la madre se separa de su hijo/a, se ofrece la posibilidad al padre de realizar el contacto piel con piel.
HVC	En julio de 2004 el Hospital Virgen del Castillo de Yecla obtuvo el galardón "Hospital Amigo de los Niños". Este reconocimiento es el resultado de una reflexión y cambio en la metodología de trabajo iniciada en el año 2000. En la Unidad de Paritorio se ofrece la posibilidad de caminar durante el periodo de dilatación y de utilizar diferentes posiciones en el momento del expulsivo siempre que las condiciones asistenciales lo permiten. Se dispone de recursos materiales para facilitar la asistencia al parto tales como pelotas de goma hinchables, electroestimulador muscular, sillas de parto y camas articuladas. Además se fomenta el Método Canguro en el mismo paritorio, es decir, contacto piel con piel de la madre con el recién nacido/a, y se ayuda a las madres en la primera toma de lactancia materna durante la primera hora de vida de la criatura. También se favorece la presencia de su pareja en el parto y puerperio, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. El área de maternidad dispone de una consulta de Lactancia Materna.
HULAMM	En el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor se trabaja en equipo para favorecer todas las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, con nuevas instalaciones que hacen posible el acompañamiento continuo en todo el proceso y el inicio precoz de la lactancia materna, facilitando diferentes posiciones durante la dilatación y el periodo expulsivo, mejorando la satisfacción de las usuarias y sus familiares.

Fuente Murciasalud[268]. Elaboración propia.

[268] Documento informativo Atención al Parto y Nacimiento. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/242134-atencionparto.pdf

CAPITULO 7
ESCENARIO DEL ESTUDIO

7.1. Contexto sociodemográfico de España y de la Región de Murcia

Para contextualizar nuestro estudio en la Región de Murcia, hemos incluido un análisis de los principales cambios en la población producidos en los últimos años, así como de los movimientos migratorios ocurridos, con los que hemos configurado el marco poblacional sobre el que interaccionan, trabajan y desarrollan su labor profesional las matronas en nuestro entorno, lo que nos ha ayudado a elaborar aún mejor las condiciones y características de la situación demográfica en la que están inmersas.

En el último padrón publicado, a día 1 de enero de 2013, la Comunidad Autónoma de Murcia cuenta con 1.471.045 habitantes. Este dato refleja la disminución de población que se está produciendo en prácticamente todas las Comunidades Autónomas, exceptuando Melilla, puesto que el año anterior en la misma fecha, la población constatada era de 1.474.449, por lo que ha disminuido en 3.404 habitantes, como vemos en la siguiente figura en la que se refleja el total de residentes en España, con una reducción total de 205.788 personas con respecto a 2012. Demográficamente, esta Comunidad Autónoma se ha caracterizado por un crecimiento mayor que el de la población española en general. A partir de 1976 se observa el mayor aumento de crecimiento con respecto a la media nacional, manteniéndose de forma constante, en el censo de población 2011. En cuanto a la nacionalidad del total de residentes en España, 41.539.400 tienen nacionalidad española y 5.520.133 son extranjeros, lo que comprende el 11,7 % del total de inscritos. En concreto en Murcia, el número de extranjeros a 1 de enero de 2013 corresponde a un 15,7% del total, cifra ligeramente superior al total en España, y superada solamente por las Islas Baleares con 20,1% y la Comunidad Valenciana con 16,8%, respectivamente. En relación al número de hombres y mujeres, el 49,2 % de las personas inscritas en el Padrón son hombres frente al 50,8% de mujeres, habiendo más mujeres 51,1% entre los españoles que entre los extranjeros, predominando los hombres con un 52,5%.

Tabla IV. Población por Comunidades y Ciudades Autónomas

Población por comunidades y ciudades autónomas Datos provisionales. Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013				
	A 1 de enero de 2013 (datos provisionales)	A 1 de enero de 2012 (datos definitivos)	Variación absoluta	Variación relativa
TOTAL	47.059.533	47.265.321	-205.788	-0,4
Andalucía	8.421.274	8.449.985	-28.711	-0,3
Aragón	1.345.274	1.349.467	- 3.784	-0,3
Asturias, Principado de	1.067.880	1.077.360	-09.480	-0,9
Baleares, Islas	1.110.062	1.119.439	-9.377	-0,8
Canarias	2.113.345	2.118.344	-4.999	- 0,2
Cantabria	591.530	593.861	-2.331	-0,4
Castilla y León	2.515.473	2.546.078	-30.605	- 1,2
Castilla La-Mancha	2.097.293	2.121.888	-24.595	-1,2
Cataluña	7.546.522	7.570.908	-24.386	-0,3
Comunidad Valenciana	5.104.365	5.129.266	- 24.901	-0,5
Extremadura	1.100.139	1.108.130	-7991	-0,7
Galicia	2.763.499	2.781.498	-17.999	-0,6
Madrid, Comunidad de	6.488.347	6.498.560	-10.213	-0,2
Murcia, Región de	1.471.045	1.474.449	-3.404	-0,2
Navarra, Comunidad Foral de	643.864	644.566	-702	-0,1
País Vasco	2.190.230	2.193.093	-2.863	-0,1
Rioja, La	321.489	323.609	-2.120	-0,1
Melilla	83.6000	80.802	2.798	3,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

En la siguiente tabla podemos ver la población por sexo y nacionalidad, que es bastante similar en relación a hombres y mujeres.

Tabla V. Población de España por sexo a 1 de Enero 2013

Población por sexo						
	Total	% respecto al total	Españoles	%respecto al total de españoles	Extranjeros	% respecto al total de extranjeros
Ambos sexos	47.059.533	100,0	41.539.400	100.0	5.520.133	100,0
Hombres	23.166.987	49.2	20.323.074	48,9	5.842.913	51,5
Mujeres	23.893.546	50,8	21.216.326	51,1	2.677.220	48,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

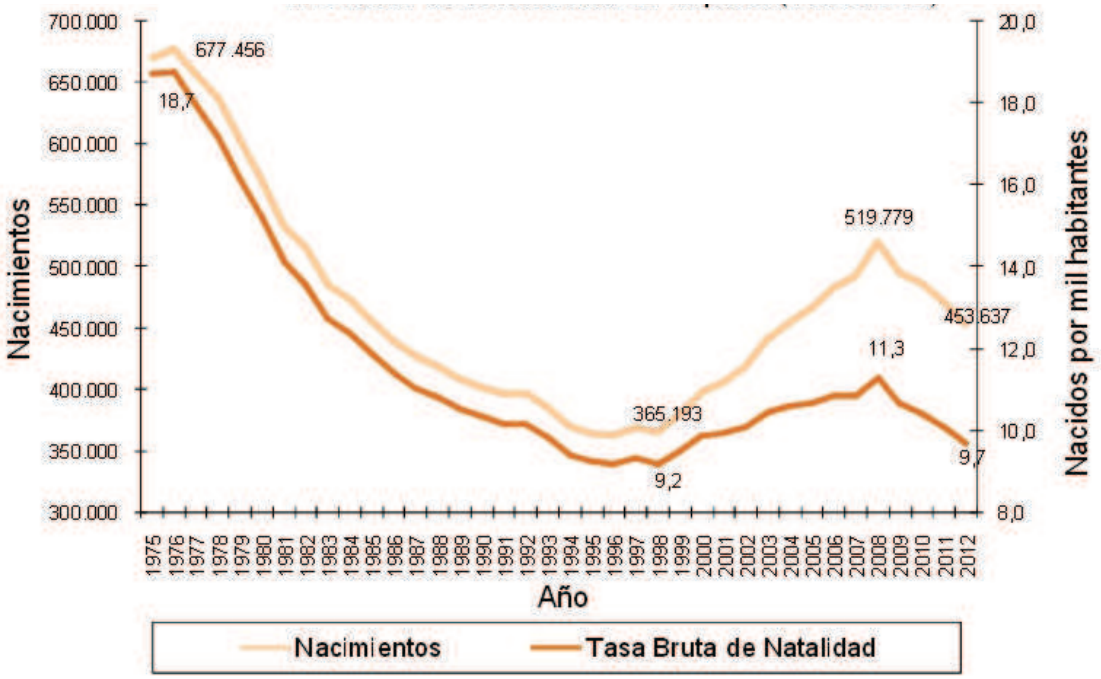
7.1.1. Natalidad

La Natalidad es un Indicador Demográfico Básico que el Instituto Nacional de Estadística (INE) mide teniendo en cuenta una serie de valores. Por un lado la tasa bruta de natalidad que se define como el total de nacimientos de madre con residencia en España en un año por cada mil habitantes. Por otra parte, la tasa de natalidad se recoge teniendo en cuenta la nacionalidad de la madre, definida como el total de nacimientos de madre española y/o extranjera por cada mil habitantes, así como la tasa de fecundidad, en la que además de recoger la nacionalidad de la madre, se añade su edad, dando lugar a una cifra que incluye el total de nacimientos de madre de cada edad y nacionalidad determinada residentes en España en el año, por cada mil mujeres con dicha edad y nacionalidad. Otros datos que obtiene el Instituto Nacional de Estadística son: el indicador coyuntural de fecundidad según nacionalidad de la madre, o número medio de hijos que tendría una mujer residente en España a lo largo de su vida fértil en caso de mantener la misma intensidad fecunda por edad que la observada en el año estudiado en dicho colectivo poblacional; la edad media a la maternidad según nacionalidad: la edad media a la que una mujer residente en España tendría a sus hijos/as en caso de mantener la misma intensidad fecunda por edad que la observada en el año estudiado de dicho colectivo poblacional; porcentaje de nacidos por orden de nacimiento, y la tasa global de fecundidad: el total de nacimientos de madre por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad) de dicho colectivo poblacional. Todos estos datos se miden además por comunidades autónomas y por provincias.

En el año 2008 en España, se alcanzó el punto máximo de nacimientos en 30 años, a partir de ahí ha ido disminuyendo esta cifra. En el año 2012 ha descendido un 3,9%. Por lo tanto, la tasa bruta de natalidad, que es el número de nacimientos por cada mil habitantes, también ha ido disminuyendo progresivamente hasta situarse en el 9,7 en la actualidad. En la Región de Murcia tuvieron lugar 16.682 nacimientos en 2012, siendo la tasa bruta de natalidad en ese año de 11.42, situándose por encima de la media nacional.

En la siguiente figura podemos ver la evolución de la natalidad en España en estos últimos años.

Figura 2. Evolución de la natalidad 1975-2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Esto es debido, según un informe del INE, a una menor fecundidad y a una reducción del número de mujeres en edad fértil, debido a que llegan a ese rango de edad las mujeres que nacieron durante la crisis de natalidad de los ochenta y primera mitad de los noventa, y la menor entrada de inmigración exterior en los últimos años, además de la crisis económica que actualmente está presente en todos los ámbitos en España. La edad media a la maternidad aumentó hasta 31,6 años, frente a los 31,4 años de 2011, siendo esta cifra en las mujeres españolas de 32,1 años y entre las extranjeras de 28,9 años. Y el número medio de hijos por mujer bajó a 1,32, fundamentalmente en mujeres extranjeras, que disminuyó de 1,58 a 1,54 hijos por mujer, en cambio, en las españolas sólo disminuyó de 1,29 a 1,28, una cifra ya de por sí baja., y la tasa bruta de natalidad, bajó en 2012 hasta 9,7, como vemos en la figura siguiente.

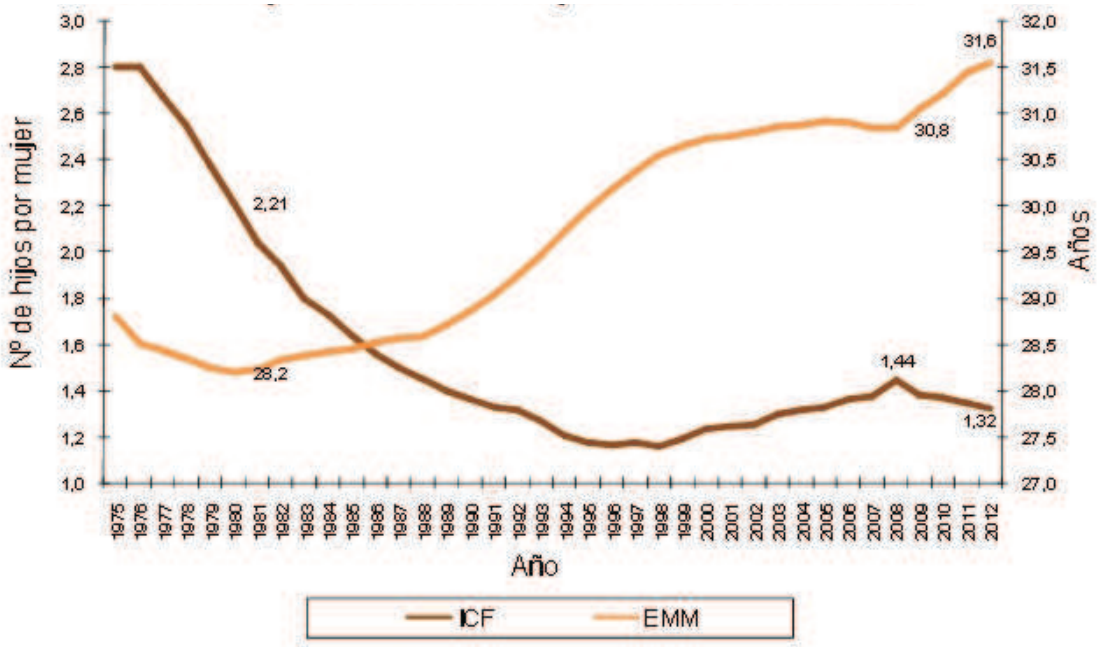
Tabla VI. Principales indicadores de natalidad y fecundidad en España

Principales indicadores de natalidad y fecundidad				
Años	Nacimientos	Tasa Bruta de Natalidad	Indicador Coyuntural de la Fecundidad (*)	Edad Media de la Maternidad
1976	677.456	18,7	2,80	28,5
1981	533.008	14,1	2,03	28,2
1986	438.750	11,4	1,56	28,5
1990	401.425	10,3	1,36	28,9
1995	363.469	9,2	1,17	30,0
2000	397.632	9,9	1,23	30,7
2001	406.380	10,0	1,24	30,8
2002	418.846	10,1	1,26	30,8
2003	441.881	10,5	1,31	30,8
2004	454.591	10,6	1,32	30,9
2005	466.371	10,6	1,33	30,9
2006	482.957	10,8	1,36	30,9
2007	492.527	10,9	1,38	30,8
2008	519.779	11,3	1, 44	30,8
2009	494.997	10,6	1,38	31,0
2010	486.575	10,4	1,37	31,2
2011	471.999	10,1	1,34	31,4
2012	453.637	9,7	1,32	31,6

Nota: los nacimientos se refieren al total ocurrido en España, incluyendo los de madre residente en el extranjero.
(*) Es el número de hijos que tendría cada mujer a lo largo de su vida si se mantuviera en la población la misma intensidad que la fecundidad observada en ese año
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En el siguiente gráfico vemos, además, cómo ha ido disminuyendo el número de hijos por mujer, al mismo tiempo que ha aumentado la edad media a la maternidad. En el caso de Murcia, el indicador coyuntural de fecundidad está en 1,53 y la edad media a la maternidad en el año 2012 se sitúa en 30,88. En la siguiente figura vemos cómo a medida que aumenta la edad media a la maternidad, el indicador coyuntural de fecundidad ha ido disminuyendo a nivel nacional, situándose en 1,32, ligeramente por debajo que en Murcia, y la edad media materna es un poco superior a la cifra de las mujeres residentes en esta Comunidad Autónoma, con lo que apreciamos una población un poco más joven y con una alta fecundidad aunque también en descenso.

Figura 3. Indicador Coyuntural de Fecundidad y Edad Media a la Maternidad



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

7.1.2. Mortalidad

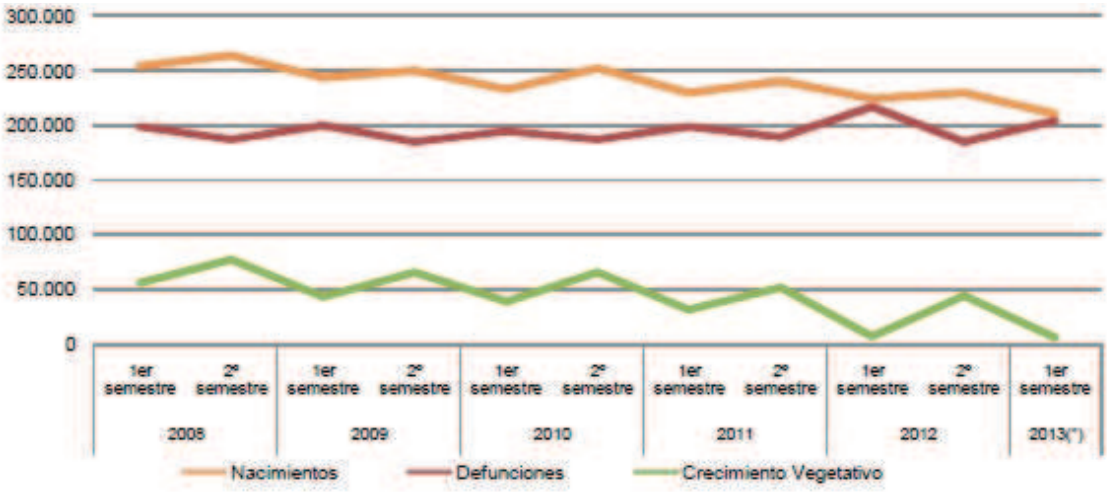
En cuanto a la mortalidad, otro de los Indicadores Básicos del INE, se mide a partir de la tasa bruta de mortalidad, es decir, el total de defunciones de residentes en España a lo largo del año estudiado por cada mil habitantes. También se tienen en cuenta los datos por comunidades autónomas, provincias y según sexo y edad, tasas de mortalidad infantil, neonatal, temprana y tardía, postnatal, fetal tardía, perinatal por comunidades autónomas, provincias y según sexo y otros porcentajes de fallecidos, menores de un año, de un mes, de una semana. Otras cifras que se miden son: el ratio de masculinidad a la defunción, definido curiosamente como el número de defunciones de varones residentes en España por cada 100 defunciones de mujeres residentes en España durante el año estudiado; la esperanza de vida al nacimiento según sexo, o el número de años que vivirán los componentes de una generación de individuos sometidos en cada edad al patrón de mortalidad observada sobre los residentes en España de su mismo sexo a lo largo del año estudiado, o la esperanza de vida a los 65 años en España, por comunidad autónoma y provincia y según sexo.

En el año 2012 fallecieron en España 405.615 personas, un 4,6% más que en el año anterior, suponiendo el mayor incremento de la década, siendo superior en los meses de febrero y marzo. En cuanto a la cifra de fallecimientos en Murcia en ese año fue de 10.680, con lo que el saldo vegetativo en esta Comunidad Autónoma, de 6.002, sigue siendo este valor positivo, lo que no ocurre ya en otras comunidades autónomas.

7.1.3. Crecimiento Vegetativo

El crecimiento vegetativo de la población es la diferencia entre nacimientos y defunciones, cuya cifra se va reduciendo en España progresivamente en los últimos años como comprobamos en la siguiente figura.

Figura 4. Evolución de nacimientos y defunciones por semestres 2008-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

7.1.4. Proyecciones de Población

Según un informe sobre proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística[269], publicado en noviembre de 2012, y actualizado en diciembre de ese mismo año, desde 2018 habrían más defunciones que nacimientos, llevando a España a perder una décima parte de su población en 40 años si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, lo que nos llevaría a que el 37% de la población sería mayor de 64 años en 2052.

[269] Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2012. [Internet] [Consulta el 10 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.ine.es/prensa/np744.pdf

La disminución paulatina de la natalidad se produciría debido a la disminución del grupo de mujeres en edad fértil, tras el efecto de la crisis de natalidad de los años 80, aunque volvería a decrecer a partir de 2040. Aun así, en los próximos 40 años nacerían en España un 24% menos de niños que en los últimos 40 años, y esto se produciría a pesar de un aumento en la tasa de fecundidad, elevando a 1,56 hijos por mujer en 40 años y la edad media a 31,5 años en 2051. También se estima un aumento en la esperanza de vida, pasando a 86,9 años en los varones y a 90,7 en las mujeres en 2051.

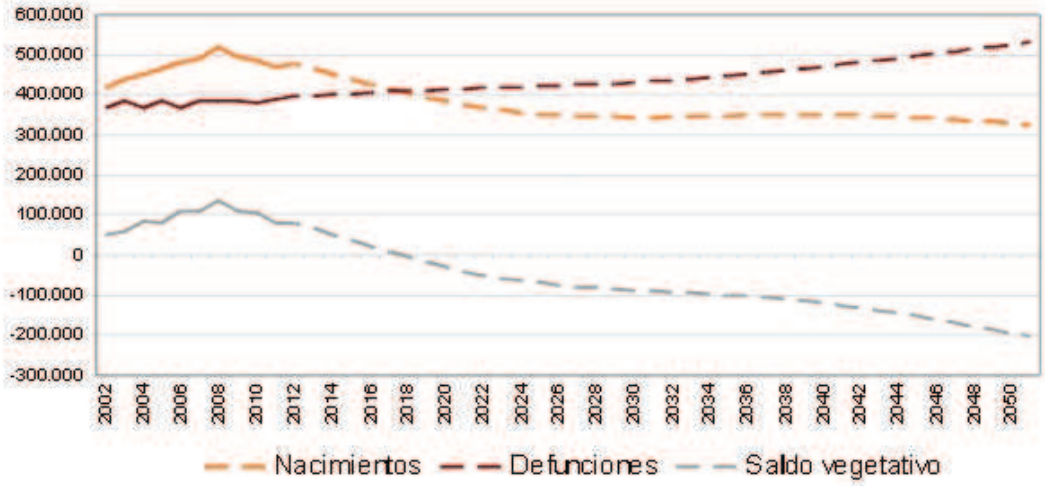
Tabla VII. Indicadores de mortalidad

Indicadores de mortalidad				
Años	Esperanza de Vida al nacimiento		Esperanza de Vida a los 65 años	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2001	76,30	83,07	16,85	20,85
2011	79,08	84,92	18,42	22,36
2021	81,21	86,54	19,83	23,65
2031	83,30	88,10	21,30	24,98
2041	85,18	89,50	22,71	26,18
2051	86,88	90,75	24,03	27,28

Fuente: 2001-2011, Indicadores Demográficos Básicos (datos avanzados para 2011); 2012-2051, Proyección de Población a Largo Plazo.

Con una población cada vez más envejecida se produciría un crecimiento del número anual de defunciones, lo que daría lugar a un saldo negativo en el crecimiento natural vegetativo.

Figura 5. Crecimiento natural de la población de España.

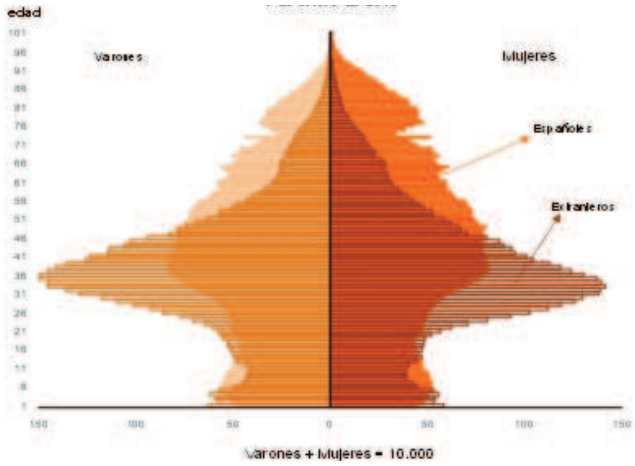


Fuente: Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (datos avanzados para 2011); 2012-2051, Proyección de Población a Largo Plazo. Instituto Nacional de Estadística.

7.1.5. Envejecimiento de la Población

Durante el año 2012 España registró un saldo migratorio negativo de 162.390 personas. Se trata del primer descenso de población en España desde que se dispone de datos anuales (la serie se inicia en 1971). La edad media de los/las españoles/as es de 41,9 años, en el año 2013.

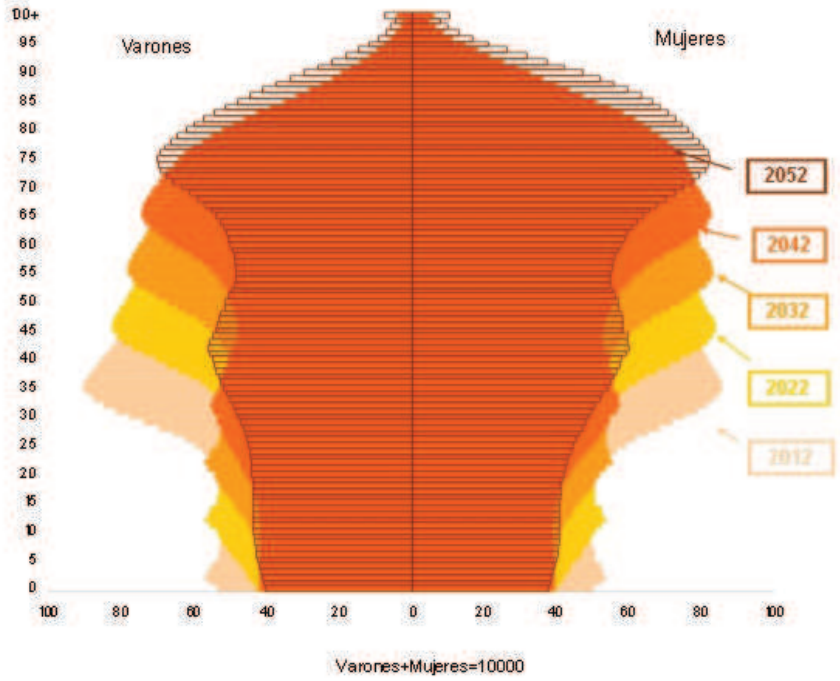
Figura 6. Pirámide de población de España. 1 de enero de 2013



Fuente. Instituto Nacional de Estadística

Como podemos ver en esta pirámide de población, actualizada a 1 de enero del año 2013, el grueso de la población se encuentra en el periodo de edad comprendido entre los 31 y 41 años. La pérdida de población durante 2012 fue generalizada en la mayoría de comunidades, siendo la Región de Murcia la que menos descenso tuvo con un -0,2 %. Con las previsiones demográficas de la población, se prevé un incremento en el envejecimiento y una disminución de la natalidad que se refleja en las siguientes pirámides de población, siendo su base cada vez más pequeña y en su parte superior que preconiza un incremento de 7,2 millones en el grupo de edad de mayores de 64 años en 2051, lo que constituiría el 37% de la población total en España.

Figura 7. Pirámide de población de España



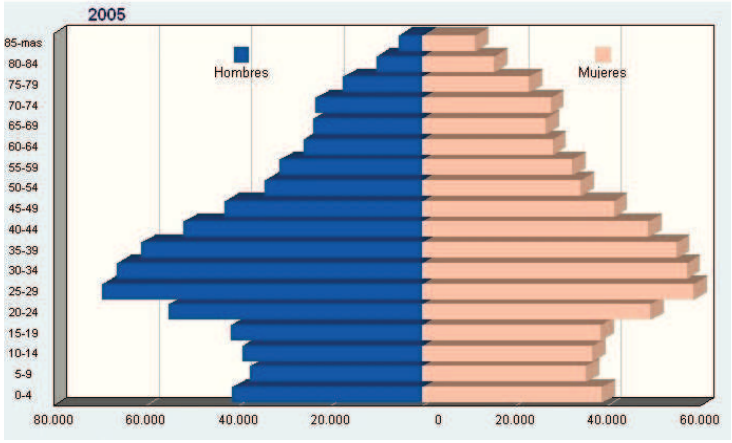
Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo.
Instituto Nacional de Estadística

7.1.6. Región de Murcia

En el caso de la Región de Murcia, la pirámide poblacional sufre un cambio muy parecido, aumentando cada vez más el grupo de población de mayor edad, y disminuyendo la base de la pirámide a pesar de ser una de las comunidades autónomas donde, de alguna forma, se ha mantenido la natalidad en cifras aceptables. En los siguientes gráficos podemos ver esta tendencia, extraídos del Centro Regional de Estadística de Murcia[270].

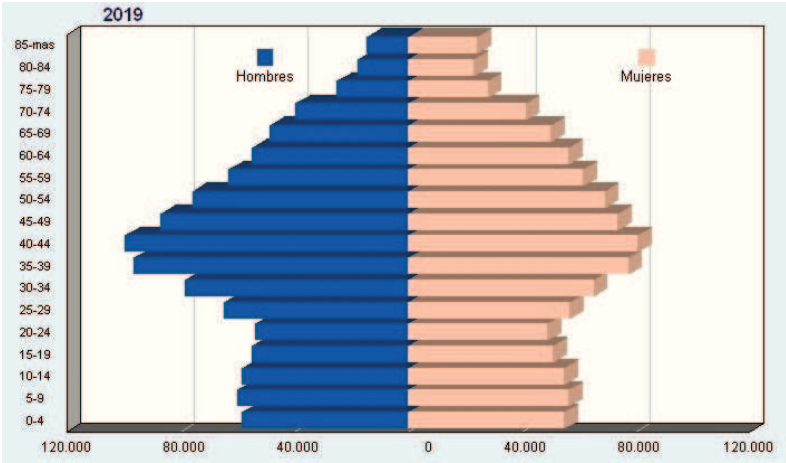
[270] Centro Regional Estadística de Murcia. Movimiento Natural de la Población. [Internet] [Consulta el 10 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_nacimientos/n12/sec59.html

Figura 8. Pirámide de población de la Región de Murcia. 2005



Fuente Centro Regional de Estadística de Murcia.
Proyecciones de Población de la Región de Murcia 2005-2019

Figura 9. Pirámide de población de la Región de Murcia. 2019



Fuente Centro Regional de Estadística de Murcia.
Proyecciones de Población de la Región de Murcia 2005-2019

Por otra parte, hemos analizado los datos publicados por el Centro Regional de Estadística de Murcia con respecto al parto normal y sobre la recogida de datos regionales. Nos llama la atención que en el apartado de información estadística, en concreto en los nacimientos, se puede observar una casilla de partos según edad de la madre, normalidad y maturidad, es decir, si son considerados normales o distócicos, a término o prematuros. En el documento denominado Metodología[271], apunta que la Comunidad Autónoma somete a todos los archivos mensualmente a una depuración mediante un programa de validación con el fin de detectar omisiones y duplicidades, así

[271] Método. Centro Regional de Estadística de Murcia. [Internet] [Consulta el 10 de marzo de 2013]. Disponible en http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_nacimientos/metodo.pdf

como posibles inconsistencias y lagunas de información, que se consiguen o completan acudiendo a los libros de los Registros Civiles si los fallos detectados no corresponden a un error de grabación o codificación. Esto, añade, mejora la información de partida, aunque existen ciertas limitaciones ya que no todas las variables pueden recuperarse en los Registros Civiles, en los que se anota, en los correspondientes libros, toda la información que contienen los boletines estadísticos. Este es el caso de lugar de nacimiento, normalidad, maturidad, asistencia en el parto, semanas de gestación, peso, orden del nacimiento, fecha de nacimiento del hijo anterior, orden del matrimonio y profesión de los padres en el boletín de partos.

Incluye además como consideración que: *a la hora de analizar los resultados de esta estadística deben tenerse en cuenta que el boletín es cumplimentado por la persona que inscribe el nacimiento, complicada por la petición de información de tipo sanitario, lo cual repercute en la calidad de la estadística, l*o que nos sugiere la importancia de asegurar una correcta recogida de datos para la inscripción en el Registro Civil que realiza la matrona responsable de cada nacimiento.

En otro punto, considera también que: *las variables:"lugar de nacimiento", "asistencia en el parto", "maturidad", "normalidad", "peso en gramos" y "semanas de gestación" son de dudosa calidad al ser cumplimentadas por la persona que inscribe el suceso en lugar de por el personal médico implicado, por lo que prácticamente no se presenta información sobre ellas.* Lo que también nos da pie a la necesidad de favorecer una adecuada transmisión de información que sería deseable fuese vía digital eliminando posibles errores de transcripción, algo que quizás llegue con el tiempo.

Destacamos, para finalizar, las definiciones de nacimiento y parto, incluidas en este informe, siendo el nacimiento la *expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre de todo producto vivo o muerto de la concepción viable;* separando en esta definición la que utiliza el INE que equipara nacimiento con nacido vivo. Tradicionalmente la OMS ha identificado la viabilidad del feto con una edad gestacional de más de 28 semanas completas de embarazo. No obstante, en la actualidad, la OMS recomienda la utilización del peso. Y como definición de Parto: *expulsión o extracción del cuerpo de la madre del producto de la concepción viable, pudiendo ser este producto sencillo o múltiple.*

7.2. Descripción de los hospitales campo de estudio

Una vez analizada la situación demográfica de la Región de Murcia, pasamos a describir la escenografía de los espacios donde tiene lugar la labor asistencial de las matronas, concretamente dentro de los hospitales con maternidad de la Región. Para llegar al análisis micro, comenzamos con una descripción macro de la situación sanitaria actual en relación a las infraestructuras disponibles dentro de la sanidad pública murciana. En este punto encontramos que la demarcación de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, está definida en la Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia[272], delimitando el territorio que comprende cada una en función de los factores socioeconómicos, geográficos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de vías y medios de comunicación y de instalaciones sanitarias existentes. En ellas existirá una atención primaria de salud y una atención especializada suficiente para atender a la población de su territorio, aunque algunas áreas tengan otro centro de mayor especialización, cuyo enclave corresponda a otra Área de salud. Posteriormente, se delimitaron seis Áreas de Salud y siete hospitales de referencia que pasaron a ser nueve en el año 2009. Cada Área de Salud se divide en Zonas Básicas definidas como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente.

Según la Orden de 24 de abril de 2009[273] de la Consejería de Sanidad y Consumo, se establece el siguiente Mapa Sanitario de la Región de Murcia, concretando nueve áreas de salud, con sus correspondientes hospitales de referencia, con la denominación de cada uno de ellos en ese momento.

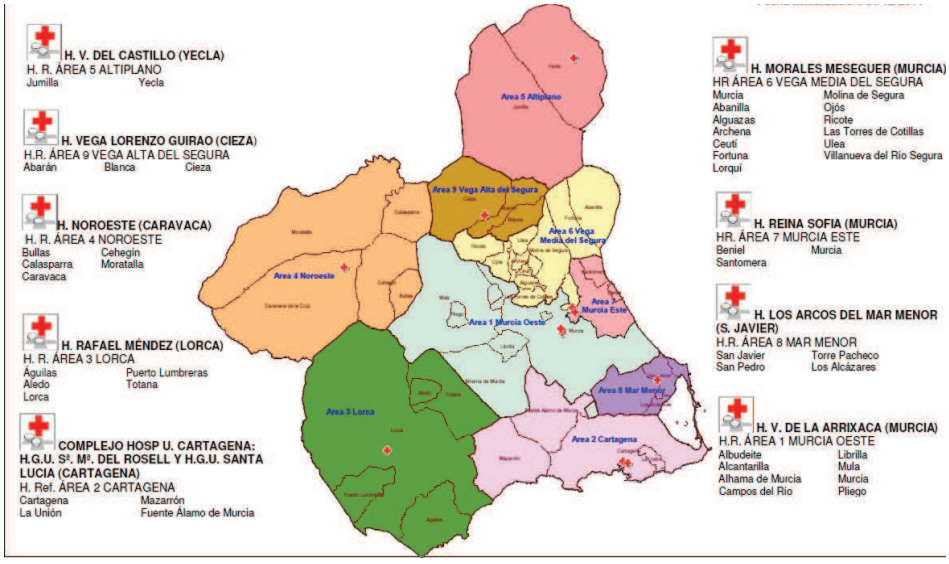
[272] Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia 11 de octubre 1994. BOE núm 243. pág. 31657-31665. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/1994/10/11/pdfs/A31657-31665.pdf

[273] Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM número 103, 7 de mayo de 2009. Página 20473. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/154279-7092.pdf

Áreas de Salud del mapa sanitario de la Región de Murcia y Hospitales de referencia

ÁREA DE SALUD	HOSPITAL DE REFERENCIA
I.- Murcia Oeste	H. C.U.Virgen de la Arrixaca (Murcia)
II.- Cartagena	C. H. U. Cartagena.
	H. Sta Mª del Rosell-H.l Santa Lucía
III.- Lorca	H. Rafael Méndez (Lorca)
IV.- Noroeste	H. del Noroeste (Caravaca)
V- Altiplano	H. Virgen del Castillo (Yecla)
VI.- Vega Media del Segura	H. Morales Meseguer (Murcia)
VII.- Murcia Este	H. Reina Sofía (Murcia)
VIII- Mar Menor	H. Los Arcos del Mar Menor (San Javier).
IX.- Vega Alta del Segura	H. Vega Lorenzo Guirao (Cieza

Figura 10. Hospitales de referencia de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de la Región de Murcia



Fuente: Servicio Murciano de Salud[274]

Teniendo en cuenta que sólo cuentan con maternidad en sus instalaciones seis de los nueve hospitales ya citados, pasaremos a describir dichos Centros como escenarios de nuestro estudio así como los datos recogidos en relación a los partos que

[274] Hospitales de referencia de las Áreas de Salud y Zonas Básicas de la Región de Murcia. Mapa Sanitario 2009. Fecha actualización. 31/12/2011. [Internet] [Consulta el 12 marzo de 2013] Disponible en www.murciasalud.es/recursos/ficheros/154600-areas_salud_hospitales.pdf

han tenido lugar en estos últimos años que nos pueden ayudar para sustentar nuestro estudio. Se han dispuesto en orden según el Área de Salud a la que pertenece cada uno de ellos.

7.2.1. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca[275], denominado desde el 29 de enero de 2013 Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, [debido a sus *peculiares características docentes (tanto a nivel pre y postgrado), asistenciales y especialmente investigadoras*][276]. Está situado en la carretera Madrid-Cartagena, en la pedanía murciana de El Palmar, a unos 10 kilómetros de la ciudad de Murcia. Inaugurado en 1975, pertenece en la actualidad, al Área I de Salud. No obstante, y dado que otros centros hospitalarios no cuentan con maternidad, es el centro de referencia en Salud Materno Infantil de las Áreas I, VI, VII y IX de Salud de la Región de Murcia. Los hospitales de estas tres Áreas son el hospital Morales Meseguer (Área VI), el hospital Reina Sofía (Área VII) y el hospital Vega Lorenzo Guirao (Área IX), que no cuentan con Unidad Materno Infantil.

Estas cuatro Áreas comprenden las siguientes Zonas Básicas de Salud:

Área I: Alcantarilla, Alcantarilla-Sangonera, Alhama, Mula, Murcia (Algezares, Aljucer, Campo de Cartagena, El Palmar, Espinardo, La Alberca, La Ñora, Nonduermas, San Andrés, Sangonera la Verde).

Área VI: Abanilla, Alguazas, Archena, Ceutí, Fortuna, Las Torres de Cotillas, Lorquí, Molina (Este, Norte, Sur), Murcia (Cabezo de Torres, Centro, El Ranero, Santa María de Gracia, Santiago y Zaraiche, Vistalegre-La Flota, Zarandona).

[275] Datos extraídos de la página web del hospital en Murciasalud. [Internet] [Consulta el 10 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=347

[276] Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se da publicidad al acuerdo del Consejo de Administración por el que se aprueba la modificación de la denominación de la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 y del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Boletín Oficial de la Región de Murcia. 29 de enero de 2013. [Internet] [Consulta el 12 marzo de 2013] Disponible en http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=558601

Área VII:, Murcia (Alquerías, Barrio del Carmen, Beniaján, Floridablanca, Infante, Llano de Brujas, Monteagudo, Puente Tocinos, Santiago el Mayor, Vistabella), Santomera y Beniel.

Área IX: Abarán, Blanca y Cieza (Este y Oeste).

El hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, se encuentra en un amplio proceso de remodelación interno y externo y de mejoras arquitectónicas con las que adecuar sus instalaciones a las últimas normativas vigentes, tales como la Estrategia de Atención al Parto Normal, como se refleja en los Convenios suscritos entre la Consejería de Sanidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad, como ya vimos anteriormente, lo que ha permitido, asimismo, disponer de una oferta de servicios pioneros en nuestra región. El Pabellón Materno Infantil inauguró hace algunos años parte de sus instalaciones. En la actualidad, uno de sus edificios está en vías de terminación, concretamente los espacios destinados a la mejora de la Unidad de Paritorio, con las salas de dilatación individuales, sobre los que se prevé su finalización a lo largo del año 2014.

Recursos humanos en relación a la atención al parto

Este hospital cuenta con un Jefe de Servicio, tres Jefes de Sección y cuarenta, siete Facultativos Especialistas de Área y cincuenta y tres matronas, de las cuales, una es Subdirectora de Enfermería del Hospital Materno Infantil, otra Supervisora del Área de Paritorio, una de ellas Supervisora de la planta de Gestantes y tres trabajan en la Unidad de Día Obstétrica (UDO). El resto de matronas desarrollan su labor asistencial en la Unidad de Paritorio. El turno de guardia lo componen un máximo de nueve matronas, y un mínimo de ocho que están ubicadas en la Unidad de Paritorio y una en la Unidad de Hospitalización de Gestantes; asimismo también están tres por la mañana en la Unidad de Día Obstétrica.

Área física relacionada con la atención al parto

- Área de Hospitalización. En la actualidad el número de camas que contiene en total es de 867 y solamente cuenta con 3 paritorios, a pesar de ser el hospital con mayor número de partos de la Región. 100 camas pertenecen al Servicio de Obstetricia y Ginecología.

- Área de Paritorio. Cuenta con 5 habitaciones destinadas al periodo de dilatación, con 2 camas cada una, 3 salas destinadas al parto y una sala de recuperación postparto. En la

Unidad de Paritorio se atienden una media de 8.400 partos anuales, al día unos 22, lo que supone que en algunas ocasiones la disponibilidad de espacio sea limitada o, al menos, dificultosa.

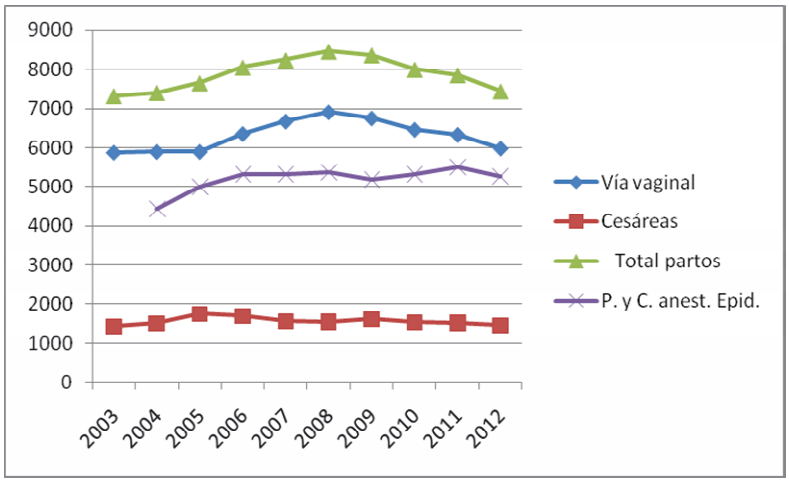
- Área Quirúrgica de Maternidad. Se encuentra en el edificio anexo a paritorio, en el nuevo Pabellón Infantil. Dispone de 7 salas de quirófano, de las cuales 2 están destinadas al servicio de Obstetricia y Ginecología para las intervenciones urgentes y cirugía obstétrica programada. Hay una zona de preanestesia de uso exclusivo de maternidad y una reanimación con capacidad para 6 pacientes operadas, con soporte técnico de reanimación (monitorización continua cardiaca, respiratoria y hemodinámica).

- Área de Urgencias de Maternidad. Cuenta con 3 salas para exploración, con una mesa de exploración y un ordenador con acceso al programa SELENE en cada una de ellas, y un ecógrafo en una de dichas salas. Dispone, además, de una sala de observación de pacientes en espera de ingreso y para tratamiento ambulatorio. Asimismo, cuenta con una sala de monitorización anexa a la puerta de urgencias, con 3 camas para realizar monitorización fetal en estudio biofísico de gestación, que en ocasiones es utilizada como otra sala de dilatación. En la foto podemos ver una parte del nuevo Pabellón Infantil, y, en su parte derecha, se puede observar la rampa de acceso a Urgencias de Maternidad y, por tanto, es la entrada a la Unidad de Paritorio.

Foto 1. Hospital Cínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
Hospital Materno Infantil

Por último, incluimos las cifras de los partos que han sido atendidos en este hospital desde el año 2003, teniendo en cuenta su incorporación al Proyecto en el año 2008 y el pico de nacimientos que hubo en ese mismo año.

Figura 11. Número de partos 2003-2012. H.C.U. Virgen de la Arrixaca.



Fuente Servicio Murciano de Salud

Más concretamente, y desglosado en tipos de parto, vaginal o cesáreas e incluso la utilización de anestesia epidural, vemos los resultados en el HCUVA, en los años de implantación del Proyecto, la siguiente tabla:

Tabla VIII. Número de partos 2007-2012. H.C.U. Virgen de la Arrixaca.

	AÑOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012
H. C. U. V. A.							
	Vía vaginal	6.673	6.909	6.751	6.459	6.329	5.980
	Cesáreas	1.559	1.548	1.611	1.533	1.520	1.449
	Total partos	**8.232**	**8.457**	**8.362**	**7.992**	**7.849**	**7.429**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural	5.315	5.352	5.176	5.303	5.497	5.257

Fuente Servicio Murciano de Salud

Como ya comentamos al principio de este capítulo, la disminución de la natalidad se ha producido desde el año 2008, llegando a casi mil partos menos en el año 2012, debido a las causas que hemos apuntado con anterioridad.

7.2.2. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

El Hospital General Universitario Santa Lucía se encuentra situado en la periferia de la ciudad de Cartagena, en una zona denominada Paraje Los Arcos, del barrio de Santa Lucía y forma parte, junto con el Hospital Santa María del Rosell, situado en el centro de la ciudad de Cartagena, del Complejo General Universitario Hospitalario de Cartagena, dentro del Área II de Salud de la Región de Murcia. Abarca las zonas de Salud de los municipios de Cartagena, Mazarrón, Fuente Álamo y La Unión. Entre los dos centros cuentan con una capacidad de alrededor de 1.000 camas. Comenzó a funcionar en noviembre de 2010, y fue inaugurado en 2011, obteniendo su acreditación docente, formando parte del Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena en julio de 2012.

Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área II de Salud, que engloba las siguientes Zonas Básicas de Salud:

Área II. Cartagena (Casco antiguo, Este, Isaac Peral, Los Barreros, Los Dolores, Mar Menor, Molinos Marfagones, Oeste, Pozo Estrecho, San Antón, Santa Ana, Santa Lucía), Fuente Álamo, La Unión, Mazarrón, Puerto de Mazarrón.

Anteriormente a la puesta en marcha del Proyecto de Atención al Parto Normal, la asistencia a los partos se realizaba en el hospital de Nuestra Señora del Rosell, inaugurado en 1972, pero utilizando las instalaciones del hospital Naval de Cartagena. Durante los años 2010-2011, se realizó el traslado de gran parte de sus servicios sanitarios, entre ellos el Servicio de Paritorio y Maternidad, al Hospital General Universitario Santa Lucía. Este nuevo centro cuenta con mayor amplitud arquitectónica en cuanto al proceso del nacimiento se refiere, y dispone de espacios adaptados al concepto de atención integral, con ocho salas de dilatación-paritorio, en las que la mujer puede permanecer durante todo el proceso del parto sin tener que ser desplazada a la sala de paritorio en el momento del expulsivo, y facilitando con esto la evolución del mismo, la intimidad y el acompañamiento permanente por la persona de su elección.

Recursos humanos en relación a la atención al parto

El número de matronas es de 34, de ellas una es la supervisora, y ginecólogos/as en total son 24, una es Jefa de Servicio y dos Jefes de Sección.

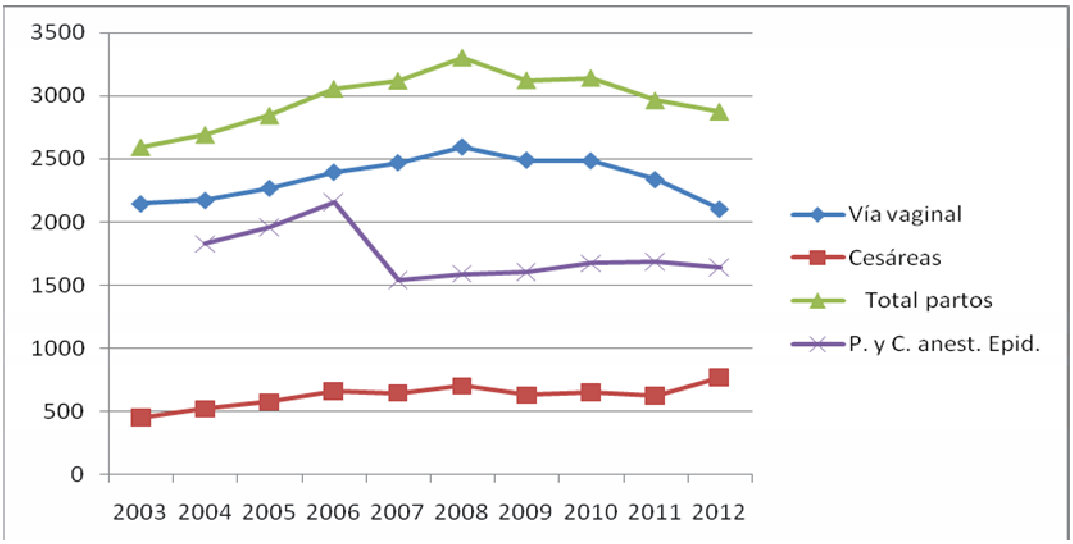
Área física relacionada con la atención al parto

- Área de Hospitalización. Este centro dispone en la actualidad de 667 camas de hospitalización,
- Área de Paritorio. Cuenta con ocho dilataciones-paritorios individuales, atendiendo una media de 3.000 partos anuales.
- Área Quirúrgica.. Consta de 14 quirófanos instalados mas uno específico para cesáreas
- Área de Urgencias. en esta Área se ven tanto las urgencias obstétricas como ginecológicas.

Foto 2. Hospital General Universitario Santa Lucía

El número de partos en este hospital desde 2003 ha sufrido algunas variaciones, con la tendencia a la baja que hemos comentado. Consideramos asimismo la posibilidad que el traslado a unas instalaciones que facilitan la atención al parto de forma integral puede haber modificado ligeramente la forma de llevar a cabo diferentes prácticas clínicas de los y las profesionales que trabajan en este hospital, y por ende, en el desarrollo de las competencias profesionales de las matronas, lo que trataremos de averiguar la influencia de esta circunstancia en el análisis de los discursos obtenidos.

Figura 12. Número de partos 2003-2012. Hospital General Universitario Santa Lucía



Fuente Servicio Murciano de Salud

Hemos clasificado los resultados facilitados por el Servicio Murciano de Salud en tipos de parto, vaginal o cesáreas e incluso la utilización de anestesia epidural, y comprobamos los resultados en este hospital en los años de implantación del Proyecto en Cartagena es la siguiente tabla:

Tabla IX. Número de partos 2007-2012. Hospital General Universitario Santa Lucía

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
H. SANTA LUCIA	Vía vaginal	2.471	2.596	2.491	2.486	2.337	2.103
	Cesáreas	647	704	631	654	627	773
	Total partos	**3.118**	**3.300**	**3.122**	**3.140**	**2.964**	**2.876**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural	1.537	1.587	1.601	1.671	1.682	1.639

Fuente Servicio Murciano de Salud

El número de partos en este hospital alcanzó, en el año 2008, su punto máximo con 3.300 nacimientos disminuyendo progresivamente hasta los 2.876 del año 2012, debido a la casuística citada anteriormente.

7.2.3. Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca

El Hospital Universitario Rafael Méndez situado en Lorca, fue inaugurado en 1990. Está acreditado como Hospital General Universitario desde febrero de 2010, y ubicado en las afueras de la ciudad, a unos 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo. Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área III de Salud de Murcia, que engloba los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana. En la unidad de Paritorio se atienden una media de 1.700 partos al año. En la actualidad este hospital se encuentra en proceso de remodelación y reformas debido, por una parte, al terremoto sufrido en el año 2011[277] que deterioró gran parte de su estructura y por otra a la adecuación de la Unidad de Paritorio a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal, tal y como se refleja en el Convenio suscrito entre la Consejería de Sanidad de Murcia y el Ministerio de Sanidad, mencionado con anterioridad.

Recursos Humanos en relación a la Atención al Parto Normal

Cuenta con catorce Ginecólogos en total. Un jefe de servicio, una Jefa de Sección y doce Facultativos Especialistas de Área y catorce Matronas.

Área física relacionada con la atención al parto

- Área de Hospitalización. en la actualidad existen 283 camas, de ellas, 12 corresponden a Ginecología y 34 a Obstetricia.
- Área de Paritorio. Está pendiente de reestructuración, en la actualidad hay 2 salas de dilatación con 2 camas cada una, 2 paritorios y 1 sala de recuperación postparto.

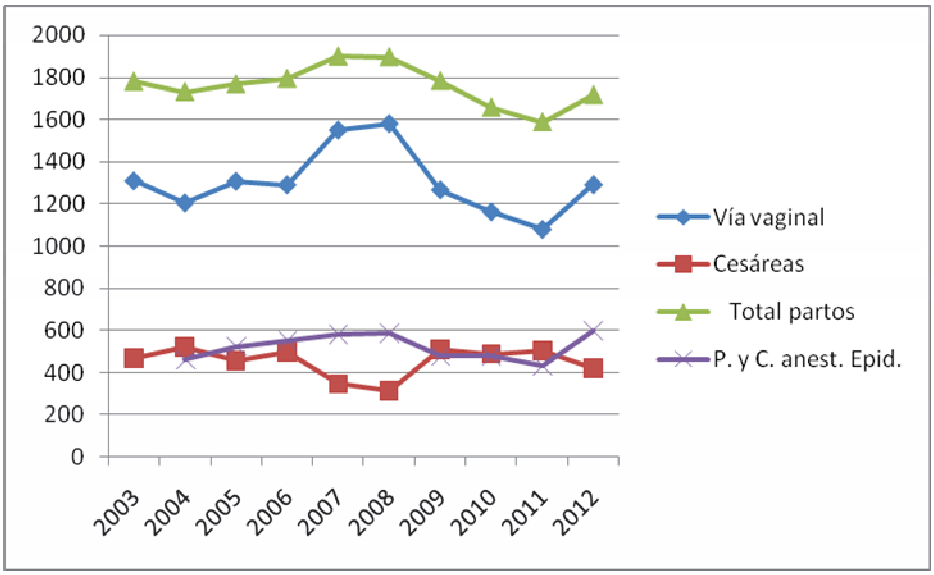
[277] En el momento del seísmo estaban teniendo lugar varios nacimientos para los que se tomaron diferentes medidas con la finalidad de una pertinente resolución y evacuación. Uno de los nacimientos finalizó con la realización de una cesárea de urgencia, en la que participó coordinadamente todo el equipo obstétrico de guardia en ese momento, para facilitar el traslado posterior de la madre y el recién nacido/a al hospital de referencia: H.C.U. Virgen de la Arrixaca. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.laverdad.es/murcia/v/20110513/lorca/alba-desafio-terremoto-20110513.html

- Área Quirúrgica. Está junto al paritorio, cuenta con 6 quirófanos, uno de ellos de uso exclusivo para el servicio de Obstetricia y Ginecología en el caso de intervenciones programadas, y otro compartido con otros servicios para intervenciones urgentes.
- Área de Urgencias. Dispone de una sala de exploración exclusiva para la unidad, que cuenta con una mesa de exploración y un ecógrafo.

Foto 3. Hospital Universitario Rafael Méndez

En la misma línea que los hospitales anteriormente citados, vemos las cifras de partos y cesáreas de este hospital.

Figura 13. Número de partos 2003-2012. Hospital Universitario Rafael Méndez



Fuente: Servicio Murciano de Salud

Tabla X. Número de partos 2007-2012. Hospital Universitario Rafael Méndez

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
H.U.R.M.	Vía vaginal	1.551	1.581	1.269	1.165	1.082	1.293
	Cesáreas	348	315	513	491	505	423
	Total partos	**1.899**	**1.896**	**1.782**	**1.656**	**1.587**	**1.716**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural	579	588	478	477	432	599

Fuente Servicio Murciano de Salud

En los últimos años ha habido una media de 1.800-1.900 partos, con un pico de 1.899 en el año 2007, seguido de otro de 1.896 en el año 2008, año en el que empezó a disminuir la natalidad por causas ya mencionadas, aunque en el año 2012 aumentó ligeramente.

7.2.4. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz

El edificio del Hospital Comarcal del Noroeste fue construido en 1986 y está situado en el área más noroccidental de la población de Caravaca de la Cruz. y cuenta con 105 camas.

Área IV: Noroeste. Zonas de salud de referencia: Barranda, Bullas, Calasparra, Caravaca de la Cruz, Cehegín y Moratalla.

Recursos Humanos en relación a la Atención al Parto Normal

Cuenta con 9 matronas, siendo una de ellas la supervisora del Área materno infantil, y 8 ginecólogos y en la unidad de Paritorio se atienden una media de 700 partos al año.

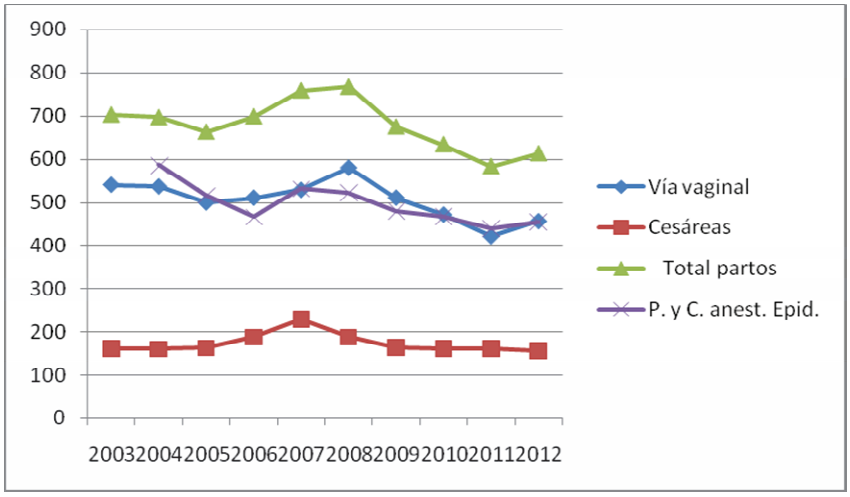
Área física relacionada con la atención al parto

En este centro hay dos habitaciones donde tiene lugar el proceso de dilatación, con dos paritorios a los que son trasladadas las mujeres en el momento del expulsivo frecuentemente. El número de camas destinadas a maternidad es de 20.

En el área quirúrgica hay un quirófano en el que se realizan tanto las intervenciones programadas como urgentes, y en el área de urgencias existente en este hospital comarcal, se ven las urgencias ginecológicas, ya que cuando acude una mujer embarazada se traslada a la unidad de paritorio, donde es asistida en función del motivo de consulta.

Foto 4. Hospital Comarcal del Noroeste

Figura 14. Número de partos 2003-2012. Hospital Comarcal del Noroeste



Fuente: Servicio Murciano de Salud

Tabla XI. Número de partos 2007-2012. Hospital Comarcal del Noroeste

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
H. DEL NOROESTE	Vía vaginal	529	580	511	472	422	457
	Cesáreas	230	188	164	162	161	156
	Total partos	**759**	**768**	**675**	**634**	**583**	**613**
	P. y C. anest. Epid.	531	522	480	467	439	455

Fuente Servicio Murciano de Salud

A pesar de ser un hospital pequeño, y haber disminuido la natalidad en 2009-2011, el número de nacimientos está comenzando a aumentar ligeramente en el último año analizado.

7.2.5. Hospital Virgen del Castillo. Yecla

El Hospital Virgen del Castillo proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área V de Salud de la Región de Murcia**,** cuyas Zonas Básicas de Salud adscritas son: Jumilla, Yecla Este y Yecla Oeste.

Recursos Humanos en relación a la Atención al Parto Normal

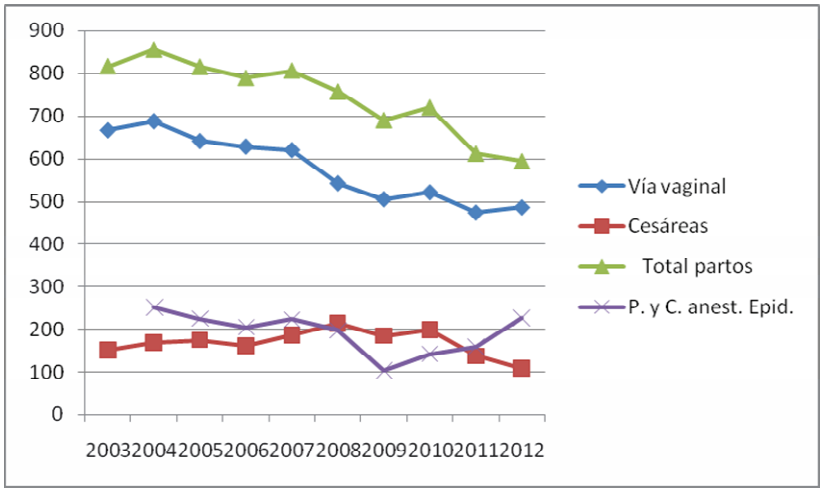
En la Unidad de Paritorio se atienden una media de 800 partos al año. Cuenta con 8 matronas y 6 ginecólogos/as.

Área física relacionada con la atención al parto

- Área de Hospitalización. Cuenta con 98 camas en total
- Área de Paritorio dispone de dos habitaciones dilatación-paritorio recientemente modificadas, tal y como vimos anteriormente.
- Área Quirúrgica. Cuenta con un quirófano para intervenciones programadas y urgentes, compartido con otras especialidades del hospital.
- Área de Urgencias. Las urgencias pueden ser asistidas en el área de urgencias o en el área de paritorio en función del motivo de consulta.

Foto 5. Hospital Virgen del Castillo

Figura 15. Número de partos 2003-2012 Hospital Virgen del Castillo



Fuente: Servicio Murciano de Salud

Tabla XIII. Número de partos 2007-2012 Hospital Virgen del Castillo

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
H. V. C.	Vía vaginal	620	543	506	522	475	487
	Cesáreas	187	215	185	199	138	108
	Total partos	**807**	**758**	**691**	**721**	**613**	**595**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural	223	198	103	142	159	226

Fuente: Servicio Murciano de Salud

Este es el hospital con menor número de partos de la región, y su porcentaje de cesáreas es también el menor, tal y como podemos ver en la tabla.

7.2.6. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier

El Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor se encuentra, en la actualidad, en la demarcación territorial de Pozo Aledo, en San Javier. Proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes del Área VIII de Salud de la Región de Murcia, que engloba las siguientes Zonas Básicas de Salud: Los Alcázares, San Javier, San Pedro del Pinatar y Torre Pacheco Este y Oeste.

Recursos Humanos en relación a la Atención al Parto Normal

La Unidad de Paritorio atiende una media de 1.200 partos anuales y trabajan 14 matronas y 14 ginecólogos.

Área física relacionada con la atención al parto

- Área de Hospitalización. Cuenta con 329 camas en total.
- Área de Paritorio. Cuenta con 7 habitaciones individuales de dilatación-paritorio, una sala de reanimación y un quirófano.
- Área Quirúrgica. Cuenta con un quirófano para intervenciones programadas y urgentes, compartido con otras especialidades del hospital.
- Área de Urgencias. Las urgencias pueden ser asistidas en el área de urgencias o en el área de paritorio en función del motivo de consulta.

Foto 6. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

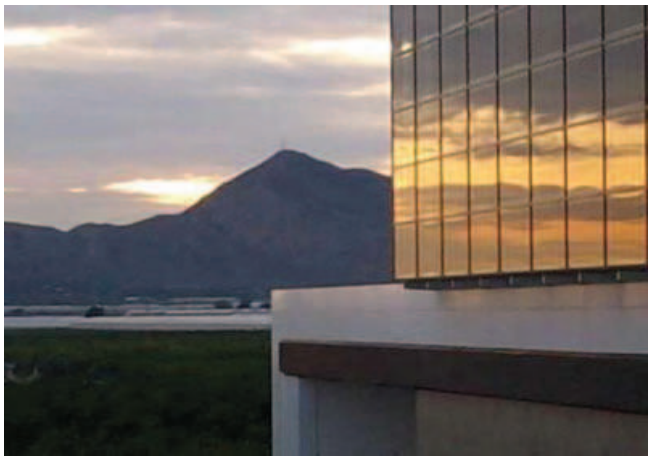
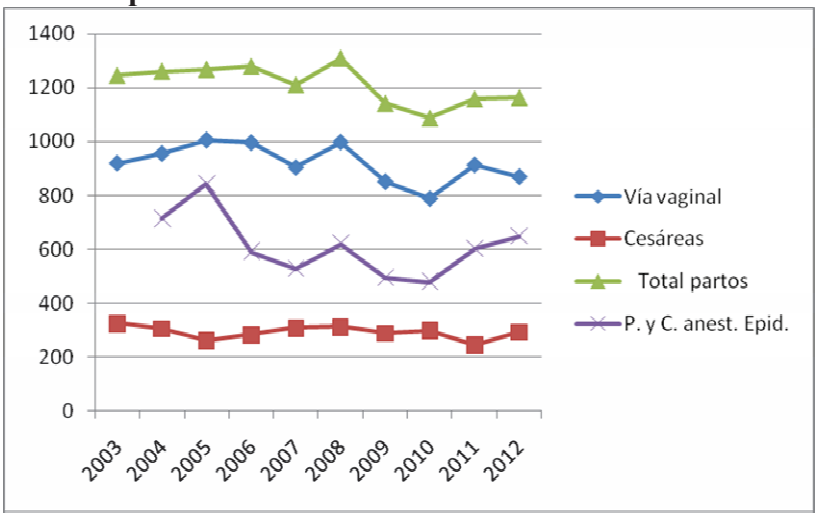


Figura 16. Número de partos 2003-2012.
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor



Fuente: Servicio Murciano de Salud

Tabla XIII: Número de partos 2007-2012
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
HULAMM	Vía vaginal	903	997	851	788	913	869
	Cesáreas	308	313	290	299	245	294
	Total partos	**1.211**	**1.310**	**1.141**	**1.087**	**1.158**	**1.163**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural	527	621	494	479	603	648

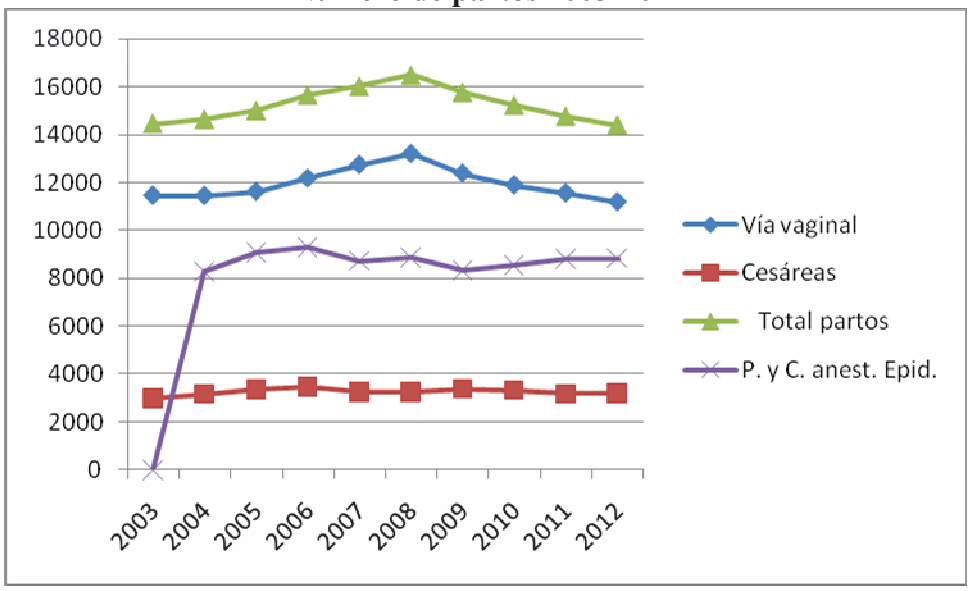
Fuente: Servicio Murciano de Salud

En este hospital se aprecia un ligero ascenso en el número de nacimientos desde la apertura de las nuevas instalaciones, lo que ha propiciado que todas las mujeres de la zona puedan ser asistidas en este centro, puesto que pensamos, anteriormente, algunas se iban a otros centros con mejor infraestructura que la que tenían en el anterior edificio, más pequeño y con menos comodidades que el actual.

7.3. Estadísticas de partos a nivel regional

Para finalizar este apartado, incluimos los siguientes gráficos, en los que están incluidos el número total de partos en los seis hospitales públicos de la región de Murcia que hemos analizado, tanto desde el año 2003 como desglosado por tipos de parto desde el año 2007, tal y como hemos visto para cada uno de los centros donde desarrollan su labor asistencial las matronas participantes en nuestro estudio, lo que nos da una idea macro del escenario en el que tienen lugar las situaciones descritas en sus discursos.

Figura 17. Total regional de los seis hospitales públicos con maternidad. Número de partos 2003-2012



Fuente Servicio Murciano de Salud

Tabla XIV. Número de partos 2007-2012 Región de Murcia

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL REGIONAL	Vía vaginal	12.747	13.206	12.379	11.892	11.558	11.189
	Cesáreas	3.279	3.283	3.394	3.338	3.196	3.203
	Total partos	**16.026**	**16.489**	**15.773**	**15.230**	**14.754**	**14.392**
	Partos y Cesáreas con anestesia Epidural.	8.712	8.868	8.332	8.539	8.812	8.824

Fuente Servicio Murciano de Salud

Como observamos, el número total de partos ha ido disminuyendo progresivamente en toda la región, fruto de los cambios sociodemográficos actuales. A pesar de esto, la atención al parto está en un continuo proceso de cambio tanto a nivel de los y las profesionales como de las mujeres, tal y como trataremos de comprobar con nuestra investigación. Seguidamente pasamos a describir la metodología que hemos utilizado en nuestro estudio.

CAPITULO 8
DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Metodología: bases teóricas

En este capítulo, describiremos las técnicas o herramientas utilizadas para obtener los datos con los que describir, más fielmente, cuáles son las percepciones de las matronas objeto de estudio y comprender los discursos que éstas nos aportan en relación a la atención al parto, en el momento actual, dentro de la Región de Murcia. Los métodos y técnicas de investigación propuestos nos permiten realizar un proceso dinámico de comprensión de las sensaciones y emociones analizadas, de forma que los fenómenos de estudio emergen durante el desarrollo de la investigación, incorporando nuevos factores e interpretaciones que ayudan a la mejor categorización e integración holística de todo lo seleccionado.

Partimos de la base que una investigación no es sólo llegar a un fin, una meta previamente establecida, sino que es un proceso en sí mismo en el que se formulan una serie de preguntas y se intenta conseguir unas respuestas. Coincidimos con De la Cuesta[278] quien afirma que la elección de un tema es un proceso dinámico que se ve influido por los factores que van surgiendo y, como afirma Fernández-Rufete: *se han de preparar las condiciones adecuadas para facilitar la recogida de los datos y poder analizarlos adecuadamente*. En función del tipo de preguntas realizadas y de las respuestas esperadas existen diversas estrategias de investigación, que se pueden complementar entre sí, de forma que aglutinen diferentes aspectos en los resultados obtenidos. Para esto es necesario concretar y conocer al máximo el contexto en el que se desarrolla dicha investigación.

En este sentido, mi interés personal por el tema propuesto queda patente, ya que desde el punto de vista en el que me sitúo, no sólo como matrona sino también como enfermera, he trabajado durante más de quince años en diferentes unidades hospitalarias, la mayoría de las ocasiones junto a la maternidad y la infancia, y he percibido cómo la concepción de los cuidados que se ofrecen a las usuarias ha cambiado enormemente en los últimos años, potenciando el autocuidado y empoderamiento de las mujeres y favoreciendo la participación de sus parejas. Además, por otra parte, he podido ver cómo las luchas o desencuentros por recuperar y ocupar la principal figura de acompañamiento a la mujer en sus partos como una única entidad, lejos de quedarse

[278] De la Cuesta C. ¿Por dónde empezar? La pregunta en investigación cualitativa. Enfermería Clínica. 18, 205-210. 2008.

atrás en el tiempo, han perdurado hasta nuestros días. Por lo tanto, aunque soy consciente de que esta connotación profesional puede estar presente en mi ideario, lo que me ha facilitado, por otra parte, el acercamiento al trabajo de campo, puede haber impregnado las conclusiones extraídas y he aprovechado el tiempo y la distancia que me ha dado el trabajar desde otro ámbito diferente al asistencial, para procurar, en la medida de lo posible, disminuir el sesgo al interpretar los resultados, manteniendo el sentido y la estructura original, para sólo intervenir en ellos de forma objetiva, cuando así lo he considerado.

8.2. Fases del estudio

He observado cómo la formulación del problema ha ido cambiando a medida que he profundizado en el tema de investigación, puesto que, aunque en un principio pretendía analizar todas las competencias de las matronas, debido a su gran extensión y profusión de ámbitos en los que se pueden llevar a cabo, decidí acotar la investigación y circunscribirla al ámbito hospitalario y, más concretamente, a las competencias desarrolladas en el proceso de atención al parto, a pesar de que dentro de este contexto o espacio físico, el hospital, las matronas desarrollan otras funciones y actividades además de las contempladas en la atención al parto estrictamente. Si bien puedo decir que el hecho de obtener datos de los seis hospitales incluidos en el Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, ha sido laborioso en cuanto a desplazamientos y contacto con las informantes, los datos obtenidos me han permitido completar una parte de la puesta en marcha del Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, contando con las opiniones de las y los profesionales que desarrollan su trabajo en las Unidades de Paritorio de los hospitales incluidos en el estudio. Además, el análisis de las fuentes bibliográficas consultadas me ha dado una visión pormenorizada del estado actual de la profesión y de cómo se ha llegado hasta aquí, para poder trazar futuras líneas, tanto de investigación como de actuación y mejora tanto en la atención a las usuarias, sus hijos e hijas y familiares implicados en el proceso del nacimiento, como en el desarrollo profesional de las matronas.

Hemos seleccionado la metodología cualitativa por su enfoque holístico e integrador, en el que todas las aportaciones son valiosas y cuyo objetivo principal es el de descubrir qué es lo que ocurre en realidad, buscando los significados atribuidos por las y los protagonistas de las acciones concretas en las situaciones que se investigan.

Las técnicas que hemos utilizado para conseguir los objetivos propuestos se dirigen a la recogida esmerada de datos con conversaciones lentas, prolongadas y sistemáticas, notas de campo, ejemplos y grabaciones. Es importante destacar que en investigación cualitativa es necesaria una cierta flexibilidad para permitir que el diseño se adapte al fenómeno estudiado, por esto se denomina diseño emergente, ya que se modifica sobre la marcha. El investigador, en nuestro caso la investigadora, ha ido tomando decisiones en función de lo que va descubriendo, teniendo en cuenta su flexibilidad y reflexividad.

Siguiendo la recomendación de Morse[279], destacamos la importancia del trabajo cualitativo para el desarrollo del conocimiento en las Ciencias de la Salud, utilizando procedimientos y procesos de inferencia, comprensión, lógica y suerte, en los que primen la creatividad y el trabajo arduo, emergiendo los resultados al final del estudio como un todo coherente. Además, la investigación cualitativa nos ayuda a describir los fenómenos, y cómo varían éstos en diferentes circunstancias, descubriendo cómo las personas dan sentido a su entorno social y de qué manera lo interpretan.

Dentro de la investigación cualitativa, la fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal de cada integrante, que dependerá del contexto en que se produce su relación con otras personas, objetos, sucesos y situaciones, por lo que la investigación fenomenológica le confiere una gran importancia a lo individual y a la experiencia subjetiva. Por esto, hemos realizado un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, en concreto a través de la fenomenología descriptiva, dado que la fenomenología además de una tradición filosófica, es una metodología que nos ayuda a explorar la esencia de las experiencias desde el punto de vista de cada persona, y cuyo objetivo principal es proporcionar una visión del mundo vivido de forma subjetiva por parte de los individuos con el fin de obtener un conocimiento de sus sentimientos. La finalidad que tiene este enfoque es la descripción del fenómeno, no su explicación, el interés está en mostrar, no en demostrar.

Con todo esto pretendemos, además, extraer una serie de situaciones concretas que se repiten entre las matronas y otros miembros del equipo multidisciplinar, y entre estas profesionales y las usuarias de los centros en los que desarrollan su labor asistencial y su repercusión en la percepción de sus competencias profesionales, en el ámbito de la atención al parto de la Región de Murcia. Las dimensiones que hemos tenido en cuenta a lo largo del proceso han sido el momento

[279] Morse, J.M Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante. Universidad de alicante. 2005. p. 25.

(PARTO NORMAL), las personas (MATRONAS) y el contexto (ATENCION AL PARTO). Con este estudio pretendemos conocer la realidad de las matronas en su contexto, para intentar comprender lo que sienten, y poder mostrar cómo perciben las situaciones a las que se enfrentan en su trabajo.

Nos hemos basado en el Modelo de la Fenomenología de la Percepción desarrollado por Merleau-Ponty[280], como ya hemos adelantado en el marco teórico, a través del cual, hemos podido estudiar las percepciones de algunas matronas, diferenciándolas de las actividades realizadas y de las funciones asignadas por pertenecer a un determinado grupo profesional y, detectar, de manera implícita y simbólica, dónde median las pautas ideológicas y culturales de este grupo profesional y desde dónde se socializan, dentro de un entorno hospitalario, utilizando un corpus de conocimientos adquirido durante su especialización como Enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología. Los datos se obtienen fundamentalmente de entrevistas en profundidad y los hallazgos fenomenológicos se presentan en una narración o en temas con subtemas.

La entrevista fenomenológica es un recurso para buscar, en el discurso de los sujetos, los significados atribuidos por ellos a su experiencia frente a una determinada situación[281]. El procedimiento que he seguido en el caso de las entrevistas, ha consistido en un diálogo y escucha reflexiva de los discursos emitidos por parte de las profesionales entrevistadas, tras la solicitud y cumplimentación de un consentimiento informado a cada una de ellas. Posteriormente, he definido los temas emergentes que engloban la experiencia relatada por la entrevistada, su experiencia vivida y para facilitar su análisis, he integrado todos los datos tal cual fueron expresados por cada una de ellas, respetando su lenguaje, opiniones y creencias, poniendo especial interés en las declaraciones y en la comunicación no verbal de las entrevistadas, intentado extraer qué es lo que quiere decir la entrevistada y no lo que quiero que me diga. Para finalizar este proceso, se han eliminado repeticiones y transcrito literalmente todos los significados que he considerado relevantes para nuestro estudio y que en el texto aparecen entrecomillados.

[280] Merleau-Ponty, M.. Fenomenología de la percepción. Barcelona. Planeta. 1993.
[281] Marí, R., Bo, R.M.y Climent, C.I. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. Revista de Ciències de l'Educació. Juny 2010. Pag. 113-133 ISSN 1135-1438. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en. http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf

Tras la lectura de las transcripciones, se realizó un análisis fenomenológico de los datos obtenidos, mediante el cual, la experiencia de la persona es transformada en lenguaje, y se realiza uniendo la inducción de los temas recogidos con la deducción de elementos significantes que se derivan del discurso obtenido. Para conseguir elaborar las unidades de significado relevantes de las transcripciones, se realizaron varias relecturas intencionales con las que recoger las diversas intervenciones de las matronas y poder describir las percepciones de las entrevistadas en sus lugares de trabajo. Con todo esto y la asignación de unos códigos para cada unidad de significado, se procedió a la reagrupación en los diferentes temas que describen cada experiencia.

Para evitar realizar juicios de valor debidos a mi experiencia previa, historia y creencias derivadas de mi trayectoria profesional, así como las opiniones del fenómeno estudiado en cuestión, y conseguir el necesario alejamiento, he utilizado todas las opiniones de las matronas entrevistadas, tal y como me las trasladaron. No obstante, con la finalidad de aumentar la fiabilidad y el rigor de los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas, cumplimentaron un breve cuestionario. En este cuestionario, he incluido todas las actividades que se consideran imprescindibles en el momento actual para la adquisición de las competencias profesionales, relacionadas con la atención al parto y al recién nacido y que forman parte del Programa Formativo vigente en la actualidad. Este cuestionario consta de tres posibles respuestas para elegir una de ellas, que luego describiremos.

Por otra parte, y dado que el desarrollo de las competencias profesionales se produce dentro del ámbito laboral, he incluido el análisis de cuatro incidentes críticos de cuatro matronas que han querido participar en esta modalidad de investigación innovadora que aporta numerosos matices que cumplimentan detalladamente nuestro estudio. Con esta técnica trataré de ampliar la visión sobre algunas situaciones concretas que viven y experimentan estas profesionales en sus lugares de trabajo y la descripción que realizan del desarrollo o no de sus competencias profesionales en cada uno de los incidentes descritos.

Con todos los datos obtenidos, he procedido a la triangulación de los mismos, como método de verificación, que me ha servido para ampliar la perspectiva y profundidad del estudio, mostrando todas las posibles perspectivas del fenómeno, integrando los conocimientos previos, los datos recogidos y la revisión bibliográfica realizada para su análisis.

En último lugar, describiré las opiniones vertidas por los dos grupos de discusión que tuve la oportunidad de moderar y en los que pude comprobar muchas de las situaciones descritas por las matronas entrevistadas, pero, en este caso, desde el punto de vista de la propia protagonista del parto, la mujer que pare y, acompañada, la mayoría de ellas, por el fruto de ese acontecimiento, su hijo/a. Este enfoque es una vía de acceso al conjunto de ideas colectivas forjadas en la sociedad relacionada con el parto, y nos permite tener algunos puntos de vista acerca del reconocimiento social que se otorga hacia las matronas en la actualidad.

8.3. Técnicas de recogida de información

Hemos utilizado diferentes instrumentos de recogida de datos, tal y como hemos indicado. En este punto queremos añadir que, tras la consideración de la observación participante como técnica para la obtención de información que pudiera resultarnos útil, finalmente la descartamos, puesto que lo que pretendíamos era indagar en las emociones percibidas, sentidas y manifestadas por parte de las matronas entrevistadas en cuanto al grado de desarrollo de sus competencias profesionales, y no si realmente las desarrollan o no. Además, pensamos que al estar presentes, aun como observadores externos, podríamos alterar, de algún modo, la forma en la que llevaban a cabo sus actividades y funciones, lo que podría dificultar la descripción de sus sentimientos en cada momento, sobre todo teniendo en cuenta mi implicación directa, debido al trabajo que desarrollo en la actualidad como Coordinadora técnica del Proyecto de Atención al Parto Normal y la proximidad a los espacios y escenarios en los que se producen las situaciones que las matronas describen.

A continuación, desarrollamos las diferentes técnicas de recogida de datos utilizadas durante la investigación.

8.3.1. Entrevista

La entrevista es una técnica de investigación en la que se establece un proceso comunicativo, por el cual el entrevistador extrae una información de un informante, que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor; entendiendo aquí biografía como el conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos

por el entrevistado[282]. Para Grele[283], la entrevista *es una narración conversacional creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado que contiene un conjunto interrelacionado de estructuras que la definen como objeto de estudio.*

Por su parte, Taylor y Bogdan[284], definen un tipo particular de entrevista, la entrevista en profundidad, como*: reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes con respecto a sus vidas, experiencias o situaciones,* tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas cualitativas son abiertas, dinámicas y flexibles y con ellas pretendemos conocer la experiencia humana subjetiva, además de conocer con objetividad lo que es para cada informante su realidad, cómo viven su situación profesional y personal y cómo la relatan[285].

Con las entrevistas en profundidad, reflexionamos, profundizamos e indagamos en aquellos aspectos relevantes de las vivencias de las matronas desde los significados y la concepción que ellas mismas tienen dentro de su ámbito profesional. Es a través del lenguaje, como las matronas entrevistadas construyen sus experiencias y conforman un tejido donde se sustenta la relación entre sus emociones y el mundo laboral en el que se encuentran inmersas, en el que han aprendido, de forma más o menos satisfactoria, a manejar las emociones producidas a causa del mayor o menor desarrollo de sus competencias profesionales, como veremos a continuación. Por otra parte, el conocer previamente el contexto del estudio, nos proporciona una serie de matices necesarios para el planteamiento de las cuestiones relevantes para nosotros, lo que ha aportado naturalidad y fluidez al desarrollo de las entrevistas.

Respecto a las limitaciones encontradas en esta técnica metodológica hemos observado, por una parte, la consideración de que el tiempo empleado, tanto en la realización de las entrevistas como en su transcripción, ha sido considerable debido, fundamentalmente, a haber desarrollado todo el proceso de forma manual y cuidadosa, sin utilizar ningún programa informático que pudiera restar fiabilidad y validez al proceso de análisis, así como la posibilidad de aportar cualquier otro dato que pudiera añadir valor a nuestra investigación, principalmente en relación a la comunicación no

[282] Alonso, L.E. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Fundamentos. Madrid. 1998. p. 68.
[283] Grele, R.J. La historia y sus lenguajes en la entrevista de historia oral: quién contesta a las preguntas de quién. Historia y Fuente Oral, 5, 1990. p.112.
[284] Taylor, S.J y Bogdan, R., Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona: Paidos, 1994. p.101.
[285] Vallés, M. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos. Núm 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid. 2007. p. 55.

verbal, los silencios, gestos y tonos de voz. Además, creemos que la falta de observación directa de los escenarios en los que se desarrolla la acción social, ha hecho que consigamos exclusivamente la información que las entrevistadas pueden o quieren aportar, y esto, habiendo realizado las entrevistas en sus lugares de trabajo, creemos que ha añadido autenticidad a sus discursos pues consideramos que en ese momento estaban impregnadas por su realidad asistencial, y no con la posible distancia que puede dar el estar en otro contexto.

Nuestra finalidad con la realización de las entrevistas es encontrar lo que es verdaderamente importante y significativo para nuestras informantes, sus perspectivas, significados e interpretaciones, su punto de vista en cuanto a sus experiencias de vida, tratando de comprender el modo en que ellas ven, clasifican y dan sentido a sus experiencias, intentando interpretar toda la información obtenida en un significado acorde con lo que nos han transmitido, pero de una forma ordenada, global y holística.

Previamente, elaboramos un guión con los temas a tratar durante las entrevistas que incluyese algunas preguntas relevantes y que pudieran darles pie a un discurso más extenso por parte de nuestras informantes. Diseñamos preguntas de orden y respuesta, abiertas y libres, que sirvieran de apoyo para introducir los temas pertinentes al objeto de nuestro estudio. Tomamos como punto de partida los objetivos planteados al comienzo de nuestro estudio y las diferentes aportaciones de la literatura consultada para facilitar el orden de las preguntas. En primer lugar, realizamos un pilotaje con una de las entrevistas que transcribimos y una vez realizada la clasificación de los temas más relevantes para detectar aspectos que no quedaran claros, incorporamos algunos conceptos a las nuevas entrevistas, con lo que se completó y modificó la guía de temas a tratar. Seguidamente, contactamos con cada informante para concretar el día y la hora para la realización de la entrevista, y establecimos con ellas los objetivos que pretendíamos con el estudio, la necesidad de grabar la entrevista para su posterior transcripción y la garantía de su confidencialidad, solicitando su consentimiento por escrito para utilizar los datos obtenidos. Las grabaciones de voz se llevaron a cabo con una grabadora digital (Sony ICD-UX71B/S) además de utilizar un cuaderno de anotaciones para recoger observaciones durante la entrevista (gestos, posición, contexto, impresiones y reflexiones de la investigadora y cualquier elemento que pudiera contribuir a la mejor comprensión de lo expresado, pero también de lo no dicho). La mayor parte de estas notas se registraron inmediatamente después de finalizar la entrevista, para evitar la desconcentración, tanto de la entrevistadora como de la

entrevistada. Las entrevistas tuvieron lugar en las unidades de paritorio de cada hospital, en una sala privada, para facilitar el acceso al campo y evitar con esto desplazamientos, atendiendo a la privacidad, preferencias y comodidad de las informantes.

Consideramos que ha sido muy positivo el entorno y ambiente en el que se han realizado las entrevistas, pudiendo sumergirnos en el campo de acción de estas profesionales. Pero asimismo, también percibimos que, en algunas ocasiones, no conseguíamos mantener la total atención de nuestras informantes, debido a que estaban pendientes de realizar su trabajo adecuadamente y expectantes ante cualquier llamada de sus compañeras que precisase de su atención. A pesar de esta circunstancia, las reflexiones obtenidas han sido fruto de la autopercepción del lugar de trabajo, no sólo por el discurso obtenido, sino también por la actitud que transmitían cada una de ellas.

En todas las entrevistas se creó un clima de confianza que facilitó la fluidez de los temas; creemos que puede ser debido a la relación profesional existente entre la entrevistadora y las participantes, y por considerar, en muchos casos, que este trabajo puede contribuir a una mejora en su desarrollo personal y profesional, tal y como algunas de las informantes manifestaron. Además, contamos con la colaboración de los y las compañeros/as de nuestras informantes, que en todo momento facilitaron, en la medida de lo posible, el desarrollo de las entrevistas.

Durante la realización de las entrevistas tuvimos en cuenta los criterios recomendados por Merton y Kendall[286] de *no dirección, especificidad, amplitud, profundidad y contexto personal.*

Hemos realizado un total de dieciocho entrevistas, entre los meses de junio de 2011 y marzo de 2012, grabándose un total de casi seiscientos minutos, con una media de duración de unos cuarenta minutos por entrevista. La grabación digital de las entrevistas me ha permitido almacenar los archivos de voz en el ordenador, facilitando transcribirlas literalmente tras su audición, con el uso del kit de transcripción Olympus AS-2400. El haber realizado la transcripción de todas las entrevistas personalmente me ha facilitado incluir todos y cada uno de los detalles y comentarios que se realizaron en el momento de la entrevista, lo que aporta una mayor fiabilidad en la recogida de la información y su procesamiento, análisis posterior y triangulación de los discursos, de forma exhaustiva y ordenada, lo que ha sido determinante para la clasificación de los datos en diferentes temas y subtemas.

[286] Merton, K., Fiske, M., Kendall, P. En Vallés, M. S. Propósitos y criterios de la entrevista focalizada. Empiria. Revista Metodológica de ciencias sociales. Nº 1. 1998. pp 215-227.

Teniendo en cuenta el principio de saturación teórica[287], hemos considerado suficiente la realización de las dieciocho entrevistas, en el momento en el que hemos comprobado la reiteración de las situaciones y la determinación de que las nuevas entrevistas no añadían nada significativo a lo ya obtenido con anterioridad. La identificación y denominación de las entrevistadas se ha realizado con nombres familiares para la investigadora principal, lo que facilita el uso de los mismos, dota de humanidad a los discursos obtenidos y preserva la identidad de las profesionales entrevistadas.

En cuanto a la selección de las informantes se realizó un muestreo intencional para obtener la mayor cantidad y riqueza de información de matronas, con edades diferentes, que cursaron estudios en los tres planes de estudios vigentes en la actualidad, basándonos en un criterio intergeneracional, de forma que estuvieran representados los tres programas formativos analizados, lo que nos permite conocer si existen diferencias a la hora de definir sus experiencias en cuanto a si la formación recibida ha sido de un programa formativo u otro. Además, hemos procurado contar con estos tres grupos en cada uno de los seis hospitales de la Región de Murcia, incluyendo a las cinco supervisoras matronas que desarrollan su labor profesional en la actualidad, y descartando utilizar la entrevista realizada a la supervisora del hospital de Yecla por no poder aportarnos su discurso, al no reunir los criterios de inclusión en el estudio, ya que, a pesar de ser enfermera, no ostenta el título de especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

8.3.1.1. Descripción de las participantes en las entrevistas y Guión de la entrevista

Las dieciocho matronas seleccionadas para la realización de las entrevistas se encontraban trabajando en los hospitales de la Región en el momento del desarrollo de las mismas. Todas llevaban al menos un año en activo y aceptaron participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado que se les solicitó.

[287] Glaser B.G. y Strauss, A.L. The discovery of grounded theory. Hawthorne. NY: Aldine De Gruyter. 1967. p. 45.

Tabla. XV. Perfil de las participantes en las entrevistas y cuestionarios

Número	Nombre (ficticio)	Edad	Año de Especialización Matrona	Fecha realización entrevista
1	Fely	56	1977	23/06/2011
2	María Jesús	30	2006	27/07/2011
3	Manuela	27	2010	23/06/2011
4	Eloísa	36	2009	08/07/2011
5	Carmen	38	2007	08/07/2011
6	Rosa	60	1976	22/07/2011
7	Gory	41	2000	22/07/2011
8	Fuensanta	38	2003	04/07/2011
9	Lumy	36	1999	05/07/2011
10	Lisa	36	2006	20/05/2011
11	Mariló	34	2005	05/07/2011
12	Raquel	31	2004	28/07/2011
13	Paula	42	1996	28/07/2011
14	Maite	29	2009	28/07/2011
15	Vicenta	56	1979	27/06/2011
16	María	32	2003	12/07/2011
17	Margarita	47	1986	25/01/2012
18	Teresa	36	2009	13/03/2012

En cuanto al guión de la entrevista, consta de 37 preguntas abiertas, en las que cada una de las informantes nos aportaron diferentes percepciones y comentarios de una gran riqueza a través de sus discursos.

Figura 18. Guión de la Entrevista

1. Edad.
2. Hombre.
   Mujer.
3. Lugar de trabajo.
4. Año finalización de los estudios de Enfermería.
5. Duración.

-Ayudante Técnico Sanitario.
-Diplomatura Enfermería.

6. Centro de estudios.

- Escuela adscrita a la Universidad.
- Escuela Universitaria.

7. Año finalización de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
8. Duración.
9. Centro de estudios Especialidad Matrona.
10. Otras titulaciones Universitarias.
11. Cursos relacionados con la especialidad en los últimos dos años.
12. ¿Crees que es suficiente la formación recibida durante la especialidad para desarrollar tu labor asistencial? ¿Por qué?
13. ¿Crees que necesitas más formación en la actualidad?
14. Si es afirmativa, sobre qué materias.
15. ¿Qué sabes sobre Género y Salud?
16. ¿Consideras que has recibido formación sobre Género y Salud?
17. ¿Crees que necesitas más formación?
18. Si es afirmativa, ¿De qué forma?
19. ¿Qué opinas sobre este tema?

¿Conoces o has leído los siguientes documentos?

20. Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia.
21. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.
22. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.
23. Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal.
24. Proyecto de Adecuación de Indicaciones de Cesáreas a Estándares.
25. ¿Cuál de ellos has consultado en algún momento?
26. ¿Cuál de ellos se utiliza en tu hospital?
27. ¿Cuál es tu opinión al respecto?
28. **¿**Conoces las competencias adquiridas durante la Especialidad?
29. ¿Crees que las desarrollas en su totalidad, en parte o nada?
30. Enumera todas las funciones que desarrollas en la actualidad.
31. ¿Cuál es tu opinión al respecto?
32. ¿Conoces o has leído el plan de estudios actual?
33. ¿Cual es tu opinión al respecto?
34. ¿Cómo consideras tu relación laboral con el resto de profesionales que integran el equipo multidisciplinar?
35. ¿Crees que esto puede influir en el desarrollo de tu labor profesional? ¿En qué sentido?
36. ¿Sientes reconocimiento social y/o profesional? ¿De qué forma?
37. ¿Quieres añadir algo más?

8.3.2. Cuestionario

Además de las entrevistas, hemos solicitado a las mismas informantes, descritas en la Tabla XV, que cumplimentasen unos cuestionarios de valoración en las que hemos enumerado todas y cada una de las actividades necesarias para alcanzar las competencias profesionales con respecto a la atención al parto. En concreto aquellas relacionadas con la atención al binomio madre-hijo durante el parto y a la atención al recién nacido/a en el momento de su nacimiento, incluidas dentro del Programa Formativo de la Especialidad vigente en la actualidad, y que nos han servido para apreciar el momento de adquisición de las mismas y según sus propias opiniones. Los cuatro tiempos reflejados han sido:

1. Durante su formación inicial en la realización de la Especialidad de Matrona.
2. Durante su formación continuada.
3. La importancia que le da cada una de nuestras informantes a las actividades descritas.
4. El dominio que creen tener de cada una de las actividades.

El cuestionario es una técnica de recogida de información, como una forma de encuesta, en los que se establece una serie de preguntas con diferentes respuestas a elegir una de ellas y en el que se obtiene información sin interactuar directamente con la persona encuestada.

Hemos incluido tres opciones de respuesta, en grado de escala que son:

1. Nada
2. Regular.
3. Mucho.

Después de cumplimentar el cuestionario, se puede analizar cada elemento por separado o sumar todas las respuestas de cada elemento para obtener una puntuación, considerando, por tanto, estas puntuaciones de forma ordinal y, puesto que son solo dieciocho las escalas analizadas, no podemos utilizarlas como datos extrapolables al resto del colectivo profesional. Aun así, hemos querido conocer la opinión de cada una de nuestras informantes, por lo que incluimos los resultados más relevantes en el análisis y reflejamos todas las tablas obtenidas en el gráfico incluido en los Anexos. Los parámetros que hemos tenido en cuenta son los siguientes: En relación a la competencia específica: *Asistir a la mujer en el proceso de parto*, cuyos criterios o actividades necesarios para conseguir su completa están incluidos en la siguiente figura:

Figura 19. Competencia Específica: Asistir a la Mujer en el Proceso de Parto. Criterios de realización.

1.1. Diagnosticar el parto y sus fases.
1.2. Realizar la anamnesis y elaborar el partograma.
1.3. Revisar con la mujer el plan de nacimiento.
1.4. Realizar exploración física y obstétrica.
1.5. Evaluar el estado general materno.
1.6. Valorar la dinámica uterina.
1.7. Evaluar el estado fetal.
1.8. Identificar los factores de riesgo materno-fetales.
1.9. Detectar los problemas de salud.
1.10. Valorar el progreso de parto.
1.11. Promover el parto normal.
1.12. Informar de la evolución del proceso del parto.
1.13. Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso de parto.
1.14. Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género.
1.15. Realizar apoyo psicológico a la mujer y pareja.
1.16. Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de parto.
1.17. Proporcionar confort a la mujer.
1.18. Realizar procedimientos y las medidas adecuadas en el manejo del parto.
1.19. Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
1.20. Asistir el parto eutócico.
1.21. Realizar y suturar la episiotomía, en caso necesario.
1.22. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el parto, de acuerdo a la legislación vigente.
1.23. Realizar, en caso de urgencia, la extracción manual de placenta y el reconocimiento manual del útero.
1.24. Asistir, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas.
1.25. Colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural.
1.26. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

Fuente: Programa Formativo 2009

Y, en cuanto a la competencia específica: *Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata*, hemos valorado los criterios de realización incluidos en la siguiente figura, y extraídos del programa formativo vigente en la actualidad.

Figura 20. Competencia Específica: Reconocer y prestar cuidados al Recién Nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata. Criterios de realización.

2.1. Atender de forma inmediata al recién nacido para facilitar la adaptación a la vida extrauterina.
2.2. Realizar anamnesis y detección de los factores de riesgo.
2.3. Realizar una valoración general, incluyendo las diferentes técnicas de exploración física.
2.4. Ejecutar los niveles de reanimación neonatal que precise.
2.5. Favorecer el contacto precoz madre-hijo.
2.6. Favorecer y apoyar la lactancia materna.
2.7. Aplicar los cuidados inmediatos al recién nacido.
2.8. Informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación.
2.9. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente.
2.10. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.

Fuente: Programa Formativo 2009

Todos los datos se han analizado con el paquete estadístico PASW Statistics 18 y los gráficos obtenidos se incluyen en los Anexos.

8.3.3. Incidente Crítico

Por otra parte, hemos aportado los datos extraídos mediante la técnica del incidente crítico en varias situaciones concretas, dentro del proceso de atención al parto, realizada, con cuatro informantes seleccionadas.

El denominado Incidente Crítico es una técnica que se utiliza dentro de la investigación cualitativa para conocer mejor la conducta humana. También se utiliza en el Área de la Salud, concretamente por Enfermería[288], permitiendo que el investigador identifique situaciones que influyen de forma significativa en una actividad determinada. Su descubrimiento se atribuye a John C. Flanagan[289], quien trabajó durante la Segunda Guerra Mundial y sobre todo posteriormente, en el desarrollo de un programa de evaluación psicológica de los pilotos de las fuerzas aéreas del ejército de los Estados Unidos, como una forma de conocer detalladamente la efectividad o ineficacia de las actuaciones en torno a los episodios de accidentes de aviones

[288] Chell E. Critical incident technique. In: Symon G- Cassell C. editors. Qualitative methods and analysis in organizational research: A Practical Guide London: Sage, 1998; 51-72.
[289] Flanagan, J. The critical incident technique. Psychological Bulletin 1954; (51): 327-358.

americanos. Flanagan describe como incidente *cualquier actividad humana observable que sea suficientemente completa en sí misma para permitir inferencias y predicciones que se hacen sobre la persona que ejecuta una acción. Para ser crítico, un incidente debe ocurrir en una situación donde el propósito o intención del suceso sea bastante claro para el observador y que sus consecuencias sean suficientemente precisas para dejar pocas dudas acerca de sus efectos.*

Más tarde, esta técnica ha sido utilizada también por médicos especialistas en Anestesia, para evaluar los errores cometidos en el manejo de la medicación[290], prevención de riesgos y responsabilidad profesional[291], y formando parte de la docencia médica[292]. Otros autores emplean esta técnica teniendo en cuenta las experiencias vividas por los trabajadores de urgencias ante situaciones amenazantes, con elevado riesgo de cometer algún error profesional[293].

No necesariamente son situaciones denominadas críticas por su gravedad, sino también por lo inesperado, sorprendente o inquietante para quien lo analiza, que exige una respuesta y se pone de manifiesto a través de informes cortos pero estructurados, en los que se relata por escrito el suceso escogido por la persona que lo ha vivenciado[294]. Su marco teórico se encuadra dentro de la práctica reflexiva y pueden ser percibidos como positivos o negativos. En resumen, podríamos decir que los incidentes críticos son acontecimientos imprevistos, inusuales, que provocan consecuencias anormalmente buenas (satisfactorias o eficaces) o indeseables (ineficaces), que nos impactan por su buen o mal curso y que provocan la reflexión.

La utilización de los informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos de la seguridad del paciente. Además, y esto es relevante para nuestro estudio, mediante el análisis de los incidentes críticos se puede ayudar a conocer la competencia

[290] Cooper, J.B., Newbower, R.S., Long, C.D., McPeek B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. Anesthesiology 1978; 49:399-406.
[291] Martínez, M., Roigé, J. y Bruguera, M. Prevención de riesgos y responsabilidad profesional en Anestesiología. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006; 53: 463-464. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://sedar.es/restringido/2006/n8_2006/1.pdf
[292] Bartolomé, A., Gómez-Arnau, J.I., García del Valle, S., González-Arévalo, A., Santa-Úrsula, J.A., Hidalgo, I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial. 005; 0(4): 8-3.
[293] Pringle, M., Bradley, C.P., Carmichael, C.M. et al. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occas Pap R Coll Gen Pract 1995;(70) I-VIII:1-71. [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560254/
[294] Costa, A.M. y Almendro, C. Alerta roja: el incidente critico, aprendiendo de nuestros errores. Tribuna docente en Medicina de Familia. Vol. 8. num. 04. 2006.

profesional[295], puesto que permite contextualizar experiencias laborales difíciles, vividas de forma traumática o inesperada, en las que se facilita la adquisición de habilidades, como puede ser la adopción de medidas organizacionales correctoras. Pone de relieve la primera respuesta ante un evento, con lo que invita a describir lo ocurrido, recogiendo la experiencia subjetiva de quien vive el episodio y contribuye a la mejora de la calidad en las actividades o tareas realizadas. Tiene varios componentes: el evento, los antecedentes y las consecuencias; como elementos: los comportamientos, sentimientos, relaciones y pensamientos. Por todo esto, podemos decir que es un procedimiento fundamentalmente reflexivo y cualitativo. Noreña[296] afirma que la técnica es eficiente para estudiar y determinar factores que contribuyen a que una actividad se realice de manera eficiente o no y para detectar *las posibles consecuencias y repercusiones que tienen los comportamientos en la calidad y profesionalidad con las que se vienen realizando las acciones y actividades*.

La descripción de los factores se realiza a través de la recogida de las características del contexto en que se da la situación, teniendo en cuenta las funciones desempeñadas por los sujetos y el comportamiento adoptado, incluyendo los aspectos que el investigador o, en este caso, investigadora principal, considera relevantes para examinar los asuntos críticos de una actividad concreta. También es necesaria la recogida de las percepciones de las participantes en el estudio con respecto a las actividades desarrolladas durante el incidente crítico planteado. En Enfermería se ha utilizado esta técnica como estrategia de investigación de los roles de la enfermera, dentro de su práctica asistencial, y el desarrollo de sus competencias profesionales. Los datos que se recopilan a través de diferentes técnicas metodológicas han de ser analizados a través de un proceso inductivo, clasificando los incidentes y desarrollando las categorías seleccionadas. Además, como los datos obtenidos son a través de respuestas cortas, el proceso de recolección es rápido y sencillo, asegurando que la información aportada es lo suficientemente detallada para documentar las situaciones descritas.

El incidente crítico se desarrolla a lo largo de varias fases. En la fase preparatoria se define el área a tratar, se plantean los objetivos sobre los que se quiere

[295] Muñoz, Mª.N. Gómez, C.I. El incidente crítico como herramienta para evaluar competencias de Enfermería. Póster. En: Congreso Internacional de Innovación Docente, Cartagena, 2011. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena, 2011. p.39. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http://repositorio.bib.upct.es/dspace/handle/10317/2369

[296] Noreña, A.L.y Cibanal, Luís. La Técnica del Incidente Crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería Index Enferm v.17 n.1 Granada ene.-mar. 2008.

aplicar el incidente crítico y se concreta el marco y la finalidad del estudio. En nuestro caso, pretendemos describir las percepciones de las matronas que han participado en nuestra investigación con respecto a diferentes situaciones o sucesos que para ellas han sido catalogadas como críticas, principalmente durante el proceso de atención al parto. Además, se solicita a las participantes que aporten información adicional que sirva para enumerar los factores causales del incidente, las consecuencias que hayan influido en su experiencia y las reflexiones que cada participante haya extraído del mismo, denominando esta parte como clarificación. Para esto es importante que los/las participantes describan el incidente lo más detallado posible, especificando la secuencia de la trama, el lugar del suceso y las personas implicadas. Durante la fase de desarrollo, se establece una comunicación fluida entre el/la tutor/a u orientador/a para extraer la mayor cantidad de conclusiones de esta técnica y, por último, se determina su aplicabilidad, describiendo la detección de posibles necesidades competenciales y lo aprendido para aplicar en situaciones similares; lo aprendido y lo que se puede recomendar a otros u a otras profesionales.

8.3.3.1. Procedimiento del Incidente Crítico

Para poder llevar a cabo los incidentes críticos, hemos utilizado la plataforma IDEA, adaptación de la plataforma "Moodle", que se encuentra dentro de la página web de Murciasalud[297], con el título "Incidente Crítico para Matronas".

Una vez que la profesional participante accede a dicha plataforma con la contraseña asignada, tras ser dada de alta, encuentra en la página principal, el diagrama de temas con los apartados básicos de la actividad:

1. Una introducción, en la que se explica brevemente qué es el incidente crítico y en qué consiste la técnica.
2. El planteamiento, que constituye el primer apartado que han de completar las participantes del incidente crítico. Una vez cumplimentado, se procede a su acceso.
3. Un diálogo, que es la parte de la comunicación mantenida entre el o la participante en esta metodología y su tutor/a, en nuestro caso la investigadora principal, comunicándose en el tiempo cada vez que sea preciso y manteniendo la

[297] El acceso a esta herramienta se ha realizado a través de la Página web principal de Murciasalud, www.murciasalud.es/principal.php y dentro de ésta, en el apartado IDEA: www.murciasalud.es/idea/ está alojada la aplicación de esta técnica de recogida de información.

confidencialidad en todo momento. Cuando finaliza el incidente crítico, el/la tutor/a procede a cerrarlo.

Cada participante cumplimentó el formulario del planteamiento de su incidente crítico, en el que expone el suceso que quiere compartir, rellenando los siguientes campos con el mayor grado de detalle posible, con lo que describe el suceso que quiere plantear, el sitio o espacio en el que tuvo lugar y las personas implicadas, siguiendo el siguiente esquema:

- Título.
- Contexto.
- Descripción de la problemática.
- Causas.
- Consecuencias.
- Reflexiones.

Posteriormente, se inició un diálogo entre cada una de las participantes y la investigadora principal, en relación al incidente crítico seleccionado, lo que permitió la interacción bidireccional entre ambas. Se estableció un proceso de comunicación continua y confidencial, una relación de tutoría basada en la ayuda que permita adquirir e integrar el aprendizaje, el manejo de los estados de transición o cambio, y la potenciación de las competencias de la tutelada. Cada vez que se producía una participación, automáticamente se comunicaba a través de un correo electrónico a la otra persona involucrada (ya fuera participante o tutora).

En la primera etapa del diálogo, la tutora u orientadora, en nuestro caso la investigadora principal, expone las normas y procedimientos a seguir durante esta metodología, como son: formas de comunicación, tiempos de respuesta y confidencialidad para, seguidamente, pasar a clarificar el incidente crítico, recabando información adicional, donde se relaten los factores que han influido en el incidente crítico y en su desarrollo, tales como: las causas que le llevaron a esa situación, la actuación del resto de profesionales implicados y las consecuencias, tanto en la persona que participa como en el resto de personas implicadas, explorando en los sentimientos y emociones que provoca el suceso planteado.

Tras realizar varias conexiones exploratorias con la persona participante, se plantean cuestiones finales para conocer aspectos del aprendizaje obtenido a través del uso de esta técnica y sobre lo que cree que necesita aprender. Para proceder al cierre del

diálogo, se debe revisar que no quedan cuestiones pendientes por responder. Por último, se realiza el análisis del incidente, que hemos incluido en el análisis general para completar nuestra investigación.

8.3.3.2. Descripción de las participantes en el Incidente Crítico

Para realizar la técnica del incidente crítico, se contactó con cuatro matronas que trabajaban en ese momento en alguno de los seis hospitales estudiados, y que tuvieran interés en participar en nuestra investigación. Para su selección se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Llevar al menos un año trabajando como matrona.
- Tener conocimientos básicos de informática y acceso a Internet.
- Contar con disponibilidad de tiempo, al menos una vez a la semana, para realizar la intervención pertinente.

El periodo de tiempo durante el que se realizaron las entrevistas fue entre los meses de marzo a octubre de 2012. En este caso no hemos tenido en cuenta la edad ni el año de finalización de la Especialidad, puesto que se quiso indagar en las reacciones y emociones del momento del incidente y las competencias que se derivaban de cada uno de estas situaciones, más que la adquisición de las mismas en su programa formativo correspondiente. De nuevo se han utilizado nombres ficticios para evitar el reconocimiento de las participantes y asegurar con esto su confidencialidad.

Tabla XVI. Perfil de las participantes en el Incidente Crítico

Número	Nombre (ficticio)	Fecha realización incidente
1	Lourdes	Marzo-septiembre 2012
2	Esperanza	Abril -agosto 2012
3	Isabel	Marzo-julio 2012
4	Marieta	Mayo-octubre 2012

8.3.4. El grupo de discusión

Para completar nuestro estudio y complementar las conclusiones obtenidas tras el análisis realizado, hemos tenido en cuenta además, algunos de los discursos extraídos de dos grupos de discusión realizados con mujeres que han dado a luz a sus hijos e hijas gracias a la atención dispensada por el Servicio Murciano de Salud principalmente, y de forma secundaria en otros servicios de salud, lo que nos ha llevado a aumentar el campo de estudio, y con ello, obtener otra información con valor añadido a nuestra investigación.

El grupo de discusión es una técnica de investigación social que trabaja con el habla. En ella, lo que se dice es analizado, considerando que en el habla de cada uno se articula el orden social y la subjetividad. Es un grupo creado cuyos miembros han sido seleccionados por un agente exterior al grupo, con un propósito predeterminado y siguiendo un plan de realización diseñado, en principio, desde fuera del grupo propiamente dicho. El grupo de discusión es así un artificio, un constructo que tiene que ser montado en función de una tarea; su formación, entonces, tiene que estar adaptada al nivel de la realidad social en la que opera[298]. Es abierto y flexible, ofrece respuestas al moderador/a, quien deja hablar al grupo y su conducción es poco directiva.

En los últimos años, en España, esta técnica ha tenido una gran difusión como estrategia cualitativa para el estudio de la realidad social.

8.3.4.1. Diseño del grupo de discusión

El diseño de este tipo de grupo depende en gran medida de la persona investigadora, puesto que precisa de su formación y experiencia. Además de esto, indicamos algunas consideraciones básicas que se han de tener en cuenta a la hora de la composición y el diseño de los grupos, como son: el tipo de muestreo, la clase y el número de actuantes, la composición de los grupos y el número total de grupos en cada investigación.

La selección de las participantes, en este caso, no responde a criterios estadísticos sino más bien estructurales. Este tipo de muestreo basa su estrategia en criterios relacionales porque, como señala Ibáñez[299], respecto a la selección de los actuantes, se ha de tener más en cuenta las relaciones entre los elementos que los

[298] Alonso, L.E. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. op cit. p. 97.
[299] Ibáñez, J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI, 1979.

elementos en sí. El muestreo estructural utiliza el criterio de *pertinencia*: se trata de incluir en el grupo a todos los que reproduzcan mediante su discurso relaciones relevantes. En otras palabras, se persigue la representación tipológica, socio-estructural, de acuerdo con los propósitos de la investigación. Para conseguir esto, utilizamos la convocatoria de dos grupos de apoyo a la lactancia materna, cuyas integrantes (la gran mayoría son mujeres y madres recientes), se reúnen con asiduidad. A pesar de que los discursos de estas madres suelen versar alrededor de la lactancia materna, consideramos que estas reuniones son un elemento vehiculizador de las emociones y sentimientos de mujeres que recientemente han sido madres, lo que pensamos nos podría aportar una perspectiva más amplia en nuestro campo de estudio. En primer lugar, contactamos con la presidenta del colectivo Lactando[300] en Murcia, y le propusimos la idea de reservar dos de las convocatorias de sus reuniones como espacio en los que hablar acerca de la atención al parto, cómo se habían sentido las mujeres asistentes cuando dieron a luz a sus hijos y qué cosas cambiarían del modelo asistencial que se encontraron en el momento del nacimiento de sus criaturas. La difusión del tema a tratar en estas dos reuniones, la realizaron desde el mismo colectivo, a través de sus propios canales de comunicación y utilizando las redes sociales, con lo que asistieron las madres que quisieron compartir sus experiencias y compartir con nosotros sus discursos y sugerencias.

Al comienzo de cada reunión, desarrollamos una breve introducción de los objetivos que pretendíamos alcanzar con el desarrollo del grupo, con la garantía de preservación de la confidencialidad de las integrantes del grupo, para lo que se ha asignado un nombre al azar en la transcripción de sus discursos y manteniendo la autenticidad de sus opiniones al dejarles hablar. Hemos seguido solamente un breve guión que incluía tres cuestiones:

a) Aspectos positivos del momento de tu parto.

b) Aspectos negativos del mismo.

c) Qué cosas cambiarías.

La recogida de los datos fue mediante la misma grabadora digital utilizada en las entrevistas, así como la transcripción de los datos, que se realizó con idéntica metodología anteriormente expuesta. Por último, una vez desarrollado cada uno de los

[300] Lactando es una asociación de grupos de Apoyo a la Lactancia Materna, fundado en 2004 y formado fundamentalmente por madres, que cuenta con varias sedes repartidas por la Región de Murcia, y que ofrece información, ayuda y apoyo emocional a las madres o mujeres embarazadas que desean lactar. Más información en: http://lactando.wordpress.com/

grupos, se agradeció la presencia de las madres asistentes a los mismos, indicándoles la importancia para nuestra investigación de cualquier dato aportado.

La dificultad encontrada en la transcripción de los textos ha sido, por una parte, el que en ocasiones hablaban varias madres a la vez y, aunque he identificado a cada una con un nombre, he tenido que limitarme a reflejar el discurso de quien estaba contando su relato en cada momento para darle continuidad a lo transcrito. Con esto quiero destacar la labor de la moderadora, que fue bastante complicada, pero realizada con éxito y, por otra parte, la interacción de numerosos niños y niñas, cuyos gritos y gorjeos hicieron, en ocasiones, peligrar algunos fragmentos del discurso, solventados con paciencia y varias escuchas reflexivas por mi parte. Esto es así debido a que en estas reuniones las madres asisten con sus bebés en aras de facilitar la tarea de consulta y resolución de las dudas que sobre lactancia materna y/o crianza sirven como eje vertebrador de cada reunión de estas características. Finalmente, se realizó un breve análisis de los datos obtenidos para extraer solamente aquellos que hemos considerado pueden tener relevancia en nuestro estudio, relacionados exclusivamente con la atención al parto, y complementar con esto algunas de nuestras conclusiones finales.

8.4. Proceso y etapas del análisis de contenido

En la investigación cualitativa, el investigador, o la investigadora, como es nuestro caso, busca, a través del análisis de los discursos obtenidos, conseguir una comprensión más profunda de lo que ha estudiado, que le permita, posteriormente interpretar los datos recogidos y analizados, con lo que desentrañar las estructuras de significación y determinar su campo social y su alcance[301] El análisis cualitativo se basa en aplicar una metodología específica que ayude a captar el origen, el proceso y la naturaleza de los significados que otorgan los sujetos actuantes a las circunstancias y situaciones que tienen lugar, fruto de la interacción entre los individuos. Este análisis consiste en reducir, clarificar y comparar[302] la información, para tener una visión global y holística de la realidad que pretendemos estudiar, y la llevamos a cabo a través de la recopilación de los datos, organización y clasificación en unidades que puedan ser fácilmente manejables y que permita seleccionar lo que es importante y relevante para nuestro estudio.

[301] Ruiz, J.I. Ispizua, Mª.A. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Universidad de Deusto. 1989. p 71.
[302] Pérez, G. Investigación cualitativa I: Retos e interrogantes: Métodos. La Muralla. 1994. p 102.

En nuestro estudio, hemos realizado el análisis de los discursos tras la recolección de todos los datos disponibles y las múltiples lecturas de las transcripciones realizadas. A pesar de que en la actualidad existen diferentes programas informáticos que facilitan el análisis de los datos cualitativos, y tal y como he explicado con anterioridad, he elegido prescindir de este tipo de herramientas para realizar el manejo de todos los datos de forma personalizada y pormenorizada. Además, hemos llevado a cabo una cuidadosa codificación, estableciendo una serie de temas y subtemas, que nos han ayudado a su procesamiento y análisis, comparando continuamente los resultados obtenidos con la consulta a las diferentes fuentes bibliográficas disponibles de forma dinámica, y flexible, lo que nos ha dado soporte estructural al contenido del análisis definitivo, que se presenta en el capítulo siguiente.

Los discursos obtenidos se codificaron por separado; por un lado, los extraídos de las entrevistas realizadas, y por otro, las conversaciones y reflexiones minuciosamente detalladas gracias a la técnica de los incidentes críticos, para ser comparados, posteriormente, y contrastados mediante un código teórico de situación-comportamiento-consecuencia, facilitado desde el método del incidente crítico. En cada periodo analítico hemos identificado diferentes datos que se han considerado relevantes y que nos han aportado información necesaria acerca del tema de nuestro estudio. Además, los recursos metodológicos empleados conforman la sensibilidad teórica que da sentido a los acontecimientos y descripciones que cada una de las informantes muestran en sus relatos, con lo que hemos conseguido describir, tal y como la fenomenología pretende, sus percepciones en relación a las que ellas consideran como competencias profesionales propias, identificando la esencia de un fenómeno y transformando la experiencia descrita en una expresión textual.

Hemos realizado el análisis del contenido ordenando los textos fragmentados en unidades codificadas para, posteriormente, clasificar cada unidad en los diferentes temas que indicaremos más adelante. Además, hemos analizado los discursos dentro de cada contexto, teniendo en cuenta el lenguaje empleado por cada informante, como forma de su discurso social, tratando de encontrar la forma y estructura que subyace a cada discurso, y entre éste y las relaciones que existen entre las entrevistadas, sus compañeros y compañeras, y su lugar de trabajo. Esta clasificación nos ha permitido reducir todos los datos obtenidos y seleccionar solamente aquellos que tuvieran más valor para nuestra investigación, mediante el proceso de codificación y categorización de la información.

Los pasos que hemos seguido, tomando como referencia a Minayo[303], para el análisis de los datos, se enumeran a continuación:

1. Transcripción de las entrevistas en profundidad y de los grupos de discusión.
2. Extracción de los discursos obtenidos mediante los incidentes críticos de la plataforma digital.
3. Lectura reflexiva y reiterada de toda la información recogida, señalando las palabras clave y anotando los códigos asignados a cada párrafo o frase, que nos facilite la comparación posterior entre los datos transcritos, las anotaciones realizadas y las referencias bibliográficas consultadas.
4. Examen minucioso de los datos y selección de los más relevantes para nuestro estudio, constituyendo uno o varios grupos, en función del origen de la información obtenida.
5. Clasificación y fragmentación de los datos en un formato más simple, que facilite su análisis, interpretación y triangulación posterior.
6. Codificación de los datos, que nos permita la organización y comparación de los mismos, lo que ya supone el inicio del análisis.
7. Triangulación de todos los datos con las diferentes teorías seleccionadas, a través de una lectura transversal de toda la información, buscando unidades de registro referidas por tipos de información o temas más relevantes.
8. Análisis final, tomando como punto de partida e hilo conductor el marco teórico, que nos facilita la interpretación de toda la información obtenida y consultada.

Como ya hemos visto con anterioridad, nos hemos basado en la fenomenología para nuestra investigación, puesto que se encarga de describir la experiencia sin acudir a explicaciones causales[304], no presupone nada, ni el sentido común, y se coloca antes de cualquier ciencia y de todo juicio para explorar lo dado[305]. Describe las vivencias y aclara el sentido que nos envuelve en nuestra vida cotidiana, es decir, el significado del ser humano, la experiencia que somos, en síntesis, lo que somos; además nos enseña que es preciso comprender y sentir con la otra persona a

[303] Minayo, Mª C. de S. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires. Lugar Editorial 1995.pp 264-267.
[304] Gurdian-Fernández, A. El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. Agencia Española de Cooperación Internacional. Colección Investigación y Desarrollo Educativo Regional. IDER. Costa Rica. 2007. p 91.
[305] Ibíd. pp.150-152.

través de la empatía, con lo que poder explicar, respetar y valorar a la otra persona[306]. La investigadora o el investigador no se deben ver como un simple observador neutral, sino que la autocrítica debe permear todas las etapas del proceso investigativo, así como a las conclusiones, recomendaciones y a las consecuencias. Por todo esto, hemos seleccionado el método fenomenológico, que se basa en "la creencia en la realidad del mundo natural". Las propuestas o datos que dan lugar a estas creencias se colocan entre paréntesis, de forma que se expone tal cual nos es expresada. Se parte del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas, de las que se obtienen señales o avisos, para interpretar los símbolos con los que explicar los procesos y estructuras sociales y con ellos llegar a interpretar los significados del mundo y las acciones de los sujetos. Esto se consigue mediante el diálogo y las interacciones, puesto que las acciones de las personas tienen una intencionalidad e influyen en los demás. Con este método la investigadora trata de describir la realidad vivida por otras personas, ya que, como afirma Ruiz Olabuénaga[307]:

> *Los humanos comunican lo que aprenden a través de símbolos, el más común de los cuales es el lenguaje. La tarea del investigador es captar la esencia de este proceso para interpretar y captar el sentido atribuido a los diferentes símbolos.*

Para llegar a captar dicha esencia y, basándonos en el esquema sobre etapas y reglas de reducción fenomenológica planteado por Gurdian-Fernández[308], hemos seguido las cuatro etapas de investigación, que son:

1. Etapa previa.
2. Etapa descriptiva.
3. Etapa estructural.
4. Etapa cooperativa y dialógica.

1. Etapa previa, en la que, para garantizar un riguroso punto de arranque y cuyas actividades principales incluyen la clarificación de lo que se pretende analizar, se incluyan los supuestos teóricos en los que se basa el estudio.

[306] Ibíd. p.116
[307] Ruiz, J.I. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa.1989. op cit.
[308] Gurdian-Fernández, A.2007. op cit. p.153—155.

2. Etapa descriptiva. En un siguiente paso hemos procedido a la elección del procedimiento y de las técnicas apropiadas para la recolección de los datos, de hecho, para evitar observar sólo lo que queremos ver, es por lo que hemos elegido la descripción fenomenológica, en la que se exponen los discursos que hemos recogido, sin interpretaciones, para lo que hemos incluido, en cursiva, los textos extraídos íntegramente de las transcripciones.
3. Etapa estructural. Posteriormente hemos realizado diversas lecturas generales de cada descripción y hemos delimitado los temas y subtemas, para llegar a la discusión de los resultados.
4. Etapa cooperativa y dialógica. Por último, hemos comparado los resultados con las conclusiones de otros y otras investigadoras para ver las similitudes y diferencias con lo que hemos conseguido una mayor integración y enriquecimiento del tema estudiado.

El método fenomenológico respeta por completo el relato que hace la persona de sus propias vivencias. Se centra en el estudio de las realidades vividas o vivencias, generalmente, poco comunicables.

8.5. Triangulación de la información

Cuando se obtienen diferentes tipos de discursos, o de distintas fuentes, es posible realizar una triangulación, es decir, tratar de minimizar las distorsiones que se pueden encontrar entre los diferentes resultados, de forma que se consigan puntos en común entre varias *partes de los datos y las dimensiones emergentes del análisis*[309], que nos ayuden a clarificar el problema planteado. Se pretende la búsqueda del control de calidad contrastando diferentes técnicas de recogida de datos. La triangulación utilizada en esta investigación ha sido la de métodos, ya que se han utilizado diferentes métodos para estudiar el mismo fenómeno. Así, el proceso de la tesis tiene tres pilares para la triangulación: las entrevistas, los incidentes críticos y el análisis de documentos y bibliografía. El punto de partida de la triangulación de métodos fueron las entrevistas. Según se codificaban los datos en las entrevistas, se comparaba con los datos que surgían del análisis de la bibliografía y de las observaciones personales, así como los de los incidentes críticos.

[309] Ibíd. p. 235.

8.6. Validez y fiabilidad/credibilidad y transferabilidad

Se debe garantizar la validez de todo estudio de investigación[310], esto es, el grado de refinamiento de debate. Para conseguir esto, se pretende generar interpretaciones conceptuales de hechos que ya están a mano y establecer el significado que determinados actos sociales tienen para sus actores, teniendo en cuenta criterios de credibilidad o confiabilidad, transferabilidad y confirmalidad, a través de la triangulación y la neutralidad con la que se han tratado los datos. La credibilidad de un estudio cualitativo se relaciona con el uso que se haya hecho de un conjunto de recursos técnicos, en nuestra investigación la hemos llevado a cabo a través de la triangulación de todos los datos, el minucioso acopio de documentación escrita y visual propia del contexto en el que se ha desarrollado el estudio, discusiones con colegas y revisiones de la información obtenida tras el registro de los cuadernos de campo y diarios de investigación. La transferabilidad se logra, sobre todo, a través de los diversos procedimientos de muestreo cualitativo y la aplicabilidad de los resultados a otros contextos parecidos. La confirmabilidad o auditabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información y se logra cuando otro/a investigador/a puede seguir los pasos del/de la investigador/a original y llegar a hallazgos similares.

8.7. Consideraciones éticas

Para facilitar la obtención de una serie de datos solicitados y la facilidad del acceso al campo de estudio, así como con la finalidad de informar al gerente del Servicio Murciano de Salud de la realización de esta investigación en todo la Región y abarcando a todas las Áreas de Salud, se enviaron cartas al Director Gerente y a la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, detallando los objetivos principales y el propósito de la investigación, incluidas en los Anexos.

A todas las participantes en las entrevistas y los cuestionarios se les solicitó la cumplimentación de un consentimiento informado que firmaron sin exponer ninguna objeción, así como se les informó igualmente de la grabación de todas las entrevistas que se incluyen íntegras en los Anexos.

En el caso de los incidente críticos consideramos que no era necesario solicitar por escrito su consentimiento, ya que el proceso de solicitud de registro en la

[310] Ibáñez, 1985 op cit. pág. 123.

plataforma y el inicio del procedimiento fue tenido en cuenta como conformidad, dada la información que se les había proporcionado previamente y el consentimiento tácito a utilizar la información vertida en los mismos, con el compromiso de mantener el anonimato y la confidencialidad en todo momento. Por esto se han descartado los datos que hicieran alusión al centro hospitalario en el que trabajan y de algún otro detalle que pudiera identificar a estas informantes, así como la asignación de un nombre ficticio. Igualmente se incluyen sus transcripciones íntegras en el Anexo digital, así como los discursos obtenidos en sendos grupos de discusión formados por madres, quienes acudieron libremente a los grupos y dieron su consentimiento verbal a la grabación y uso posterior para esta investigación de los mismos.

CAPITULO 9
HALLAZGOS DEL ESTUDIO

9.1. Presentación básica de los hallazgos obtenidos

En este capítulo vamos a presentar los resultados que hemos obtenido tras la recogida de los datos, clasificación y organización, para su análisis e interpretación. Como ya hemos visto en el capítulo anterior, la información obtenida a través de las entrevistas, ha sido agrupada en doce temas y treinta y ocho subtemas, correspondientes a lo que hemos considerado más relevante. Los discursos obtenidos nos aportan numerosos datos con los que conformamos un complejo engranaje en el que se inserta la adquisición y el desarrollo de las competencias profesionales de las matronas estudiadas durante la atención al parto. Los temas y subtemas que hemos clasificado y utilizado los presentamos en la siguiente tabla:

Tabla XVII. Temas y Subtemas empleados para el análisis

Temas	Subtemas
1. Datos personales de las matronas entrevistadas.	1.1. Edad. 1.2. Sexo.
2. Datos profesionales.	2.1. Lugar de trabajo.
3. Datos académicos de los estudios de Enfermería.	3.1. Año de finalización de los estudios de Enfermería. 3.2. Duración de los estudios de Enfermería. 3.3. Escuelas de Enfermería.
4. Datos académicos Especialidad Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).	4.1. Año de finalización de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). 4.2. Duración de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). 4.3. Lugar de realización de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica (Matrona). 4.4. Otras titulaciones Universitarias.
5. Formación continuada.	5.1 Asistencia a cursos del Proyecto de Atención al Parto Normal. 5.2. Asistencia a otros cursos. 5.3. Asistencia a Congresos.
6. Formación recibida durante la Especialidad.	6.1. Percepciones en cuanto a contenidos. 6.2. Necesidad percibida de formación. actual. 6.3. Necesidad sentida de formación. Materias.

7. Género y Salud.	7.1. Conocimientos acerca de los conceptos de género y salud. 7.2. Definiciones de género y salud. 7.3. Percepción de formación recibida sobre género y salud durante la Especialidad de Matrona. 7.4. Percepción sobre necesidad de formación en género y salud. 7.5. Propuestas metodológicas para recibir formación sobre género y salud. 7.6. Opiniones sobre género.
8. Atención al Parto Normal.	8.1. Conocimiento del Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia. 8.2. Conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal. 8.3. Conocimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. 8.4 Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al Parto Normal. 8.5. Conocimiento del Proyecto de Adecuaciones de Cesáreas a Estándares. 8.6. Consulta de documentos. 8.7. Consulta de documentos en cada Centro. 8.8. Opiniones expresadas acerca de los documentos.
9. Competencias de las Matronas durante la Especialidad.	9.1. Conocimiento de las competencias adquiridas durante la Especialidad. 9.2. Percepción del desarrollo de las competencias en el ámbito laboral. 9.3. Actividades o competencias desarrolladas. 9.4. Opiniones acerca de las competencias. 9.5. Sentimientos que genera el desarrollo de las competencias.
10. Programa formativo actual.	10.1. Conocimiento del Plan de Estudios actual. 10.2. Opinión acerca del Plan de Estudios.
11. Relación con otras categorías profesionales.	11.1. Percepción de su relación con otros profesionales que integran el equipo multidisciplinar. 11.2. Influencia de la relación con otros profesionales en el desarrollo de sus competencias.
12. Reconocimiento social y profesional.	12. Reconocimiento sentido social y profesional.

9.1.1. Datos personales de las matronas entrevistadas

Para enmarcar este apartado, hemos considerado la edad y el sexo de las matronas entrevistadas como relevantes para nuestra investigación y observamos que la edad media de nuestras informantes está comprendida entre los treinta y los cuarenta años. Hemos establecido cuatro tramos de edad, uno de los cuales incluye, en primer lugar, a matronas cuyas edades oscilan entre los veinte y los treinta años; otro tramo que abarca a matronas entre los cuarenta y cincuenta años, y por último aquellas cuya edad supera los cincuenta años. La edad de las matronas no ha sido determinante a la hora de seleccionar a las informantes que participan en nuestro estudio, como sí ha sido el año en el que finalizaron su Especialidad, procurando entrevistar a matronas que hayan estudiado en cada uno de los tres Programas Formativos analizados. Por una parte hemos contado con matronas que obtuvieron su titulación antes de 1987, año en el que cerraron las Escuelas de Matronas, al que denominaremos como grupo 1. Un segundo grupo, constituido por matronas que concluyeron sus estudios entre 1994, (año de finalización de la primera promoción de matronas tras la puesta en marcha de la nueva Especialidad) y 2008 y que conforman el grupo 2, y por último aquellas que culminaron sus estudios como matrona entre 2009 y 2010 incluidas en el grupo 3. Hemos establecido estos tres grupos para que nos resulte más sencillo comprobar si sus discursos están influenciados por la formación, tanto teórica como práctica, que han recibido durante su Especialización, o por el contrario en sus percepciones tiene mayor relevancia su formación posterior y su desarrollo profesional en el hospital donde trabajan. Además queremos destacar que el último Programa Formativo analizado y vigente en el momento de la realización de esta investigación, se publicó en el año 2009 por lo que, aunque la realización de las entrevistas tuvo lugar durante todo el año 2011, hemos querido comprobar qué aspectos del contenido, tanto teórico como práctico, destacan las matronas del grupo 3, en relación al tema de nuestro estudio, y si tuvo influencia dicho Programa en su formación.

El requisito principal que hemos contemplado para la selección de nuestras informantes es el de estar trabajando en el Servicio Murciano de Salud, en el momento de la entrevista, al menos durante un año previo a la realización de la misma, estableciendo este tiempo como suficiente para haber podido comprobar si los conocimientos adquiridos durante su Especialidad son adecuados para desenvolverse en el ámbito laboral. Hemos entrevistado a matronas que trabajan en cada uno de los seis

hospitales contemplados y que cumplieran el requisito de intergeneracionalidad, con esto pretendemos contar con matronas de los tres grupos estudiados. Para conseguir esto hemos seleccionado a tres de matronas de cuatro hospitales; dos del hospital Santa Lucía de Cartagena y a cuatro del hospital Comarcal del Noroeste.

Los grupos de informantes que hemos establecido según el año de finalización de su Especialidad están incluidos en la siguiente tabla.

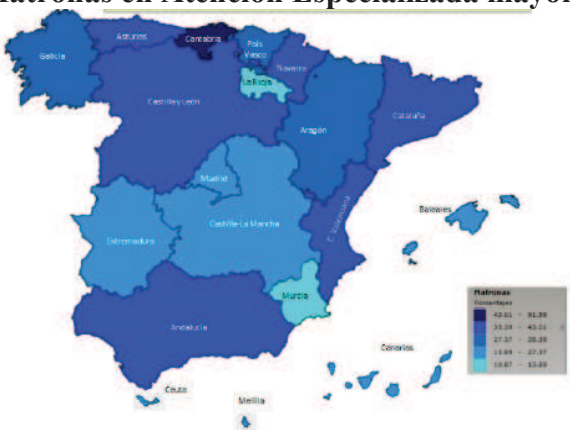
Tabla XVIII. Grupos de informantes según el año de finalización de su Especialidad

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Fely	María Jesús	Manuela
Rosa	Carmen	Eloisa
Vicenta	Gory	Maite
Margarita	Fuensanta	Teresa
	Lumy	
	Lisa	
	Mariló	
	Raquel	
	Paula	
	María	

Para finalizar este punto, y puesto que la formación de las matronas en otros países de la Unión Europea es diferente a la de España, no sólo en cuanto a su duración sino también con respecto a los contenidos teóricos y prácticos que se imparten, y dado que la atención al parto nos consta que es diferente en cada país y en algunos aspectos, tal y como expusimos en el primer capítulo, hemos entrevistado a una de las matronas que se han formado en Inglaterra y que actualmente desarrolla su labor profesional en uno de los hospitales de la región, lo que nos aporta otro punto de vista añadido a nuestro estudio en el abordaje de las competencias profesionales desde una formación y una práctica clínica diferente.

La edad media de las matronas entrevistadas está comprendida, entre 31 y 40 años, lo que se asemeja a la media de edad de todas las matronas que desarrollan su trabajo en los paritorios de la Región de Murcia, según los datos facilitados por el Servicio Murciano de Salud que, en el año 2012 está en torno a los 45,60 años. Si se incluye a las matronas residentes, la media de edad se reduce a los 42,56 años, lo que coincide con el *Informe sobre profesionales de Enfermería: Oferta-Necesidad 2010-2025*[311], publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En este documento se plantea un análisis de proyección de necesidades de Enfermeras de Cuidados Generales y de especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) mediante la utilización de una herramienta basada en la dinámica de sistemas, lo que permite trazar la trayectoria de evolución en los próximos años. En esta publicación vemos que, en relación con otras Comunidades Autónomas, la media de edad de las matronas en la Región de Murcia, es de las más bajas de España, junto con Extremadura, La Rioja, Ceuta y Melilla, con un porcentaje de matronas mayores de 49 años entre 21.86 y 32%, incluyendo a las matronas de Atención Primaria y Especializada (también denominada Atención Hospitalaria). Concretamente, en Atención Especializada sigue siendo Murcia, junto con la Rioja, la Comunidad Autónoma con el menor porcentaje de matronas mayores de 49 años, que se encuentra entre el 10,87% y el 13,89%.

Figura 21. Matronas en Atención Especializada mayores de 49 años.



Fuente: Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Página 70

[311] Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. [Consulta el 10 enero 2014] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras%282010-2025%29.pdf

Observamos cómo la distribución de las edades de las matronas seleccionadas se invierte en los grupos establecidos, perteneciendo las matronas de menor edad a los grupos 2 y 3, y las de mayor edad al primero, aunque no todas las del tercer grupo tienen menos de 30 años, pues una de ellas está en el segundo grupo. En cambio vemos que en el primer grupo hay una matrona cuya edad es menor a 50 años, por lo que destacamos que los grupos no son homogéneos en cuanto al año de finalización de la Especialidad y la edad de cada matrona en el momento de la entrevista. No obstante encontramos que el número de matronas formadas con el primer Programa Formativo analizado, que se encuentran trabajando en la actualidad en los paritorios de la región no es muy numeroso, esto es debido a que un gran número de ellas o bien se han jubilado ya o están trabajando en el ámbito de la Atención Primaria, por lo que han sido relevadas por profesionales formadas en los otros dos Programas. Por otra parte observamos que las matronas que constituyen el tercer grupo en el momento actual tienen la dificultad de incorporarse al mercado laboral, en unos años en los que la crisis económica ha hecho que las contrataciones se hayan visto mermadas, disminuyendo con esto el relevo generacional y profesional necesario, lo que pensamos puede acarrear consecuencias futuras, similares a las acontecidas por el cierre de las Escuelas de Matronas hace más de veinte años.

La mayoría de las informantes que hemos seleccionado son mujeres, quince frente a tres hombres, para intentar acercarnos a la realidad de la feminización de las profesiones sanitarias y la preponderancia del sexo femenino en este tipo de trabajos. Y es que, tal y como afirma Ortiz[312]: *la feminización de las profesiones sanitarias es un fenómeno irreversible y está situando a España al mismo nivel que el de otros países europeos.*

Hemos de decir que, en relación al primer grupo, eran pocos los hombres que accedían a esta Especialidad en los años en los que estaba vigente este Programa Formativo como ya vimos en el capítulo 5, además, encontramos en el Informe Salud y Género de las Profesiones Sanitarias[313] que: *la Enfermería se consideró durante mucho*

[312] Ortiz, T La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, 2007; (23): 61-65.
[313] Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo.

tiempo, desde una perspectiva peyorativa, como una profesión de mujeres[314], puesto que se consideraba a la mujer como no apta para dedicarse a profesiones que exigen mayor tiempo y responsabilidad, dado su rol de cuidadora de la familia y la asunción de las tareas del hogar durante mucho tiempo. Esta circunstancia sigue estando presente todavía en el imaginario de muchas personas que se sorprenden al ver a mujeres en cargos de gestión, incluso en profesiones eminentemente femeninas como son las sanitarias, por el contrario no nos llama la atención encontrar dichos puestos ocupados por hombres, tanto a nivel directivo en los centros sanitarios como las presidencias o cargos representativos dentro de los Colegios Oficiales de Enfermería, Fisioterapia, Odontología y Medicina. Esto no sucede así en la profesión de Matrona, que mantiene los puestos de presidencia de las asociaciones en manos de mujeres, como afirma el citado informe.

En el caso de Murcia, vemos que el porcentaje de matronas mujeres se encuentra entre el 85,63% y el 89,86% si se tiene en cuenta Atención Primaria y Hospitalaria, siendo este porcentaje muy similar si vemos solamente Atención Especializada, entre un 78,29 y un 85,63%, con lo que sitúa a la Región en un puesto muy similar a la mayoría del resto de regiones de España, con un número superior de mujeres que de hombres matronas, tan sólo por encima de Andalucía, Extremadura, Castilla la Mancha y Canarias. Esta proporción es la que hemos procurado al realizar la selección de informantes para nuestro estudio, con un 16% de matrones varones frente al total de informantes, con un 84% aproximado de matronas mujeres.

Figura 22. Porcentaje de Matronas mujeres en Atención Especializada

Informe sobre profesionales de Enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025[315].
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Página 85

[314] Ortiz-Gómez, T., Birrie-Salcedo, J. y Ortega del Olmo, R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac Sanit* [online]. 2004, vol.18, suppl.1, pp. 189-194.
[315] Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. op.cit.

9.2. Resultados

Tomando como referencia a Minayo[316], hemos seguido los pasos que propone para el análisis de los datos, y tras su examen minucioso y selección de los más relevantes, hemos agrupado todos los temas y subtemas en grupos, en función del origen de la información obtenida. Esto nos ha facilitado su clasificación y triangulación para llegar al análisis final, teniendo en cuenta en todo momento el marco teórico empleado como hilo conductor.

Los grupos establecidos son: Formación, Atención al Parto Normal, Competencias Profesionales, y Género y Salud, con lo que conseguimos englobar las ideas fundamentales de toda la información obtenida. En ellos se han clasificado los discursos extraídos de las entrevistas, los cuestionarios y los incidentes críticos realizados a nuestras informantes, en relación a las actividades descritas con anterioridad, con las que ellas consideran que pueden desarrollar las competencias profesionales analizadas, que, como vimos en el capítulo 4, hemos determinado como la *aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean*, con lo que va más allá que el mero conocimiento de un determinado tema o desarrollo de una actividad.

9.2.1. Formación

Como ya vimos en el capítulo quinto de la presente tesis doctoral, la formación de las matronas ha evolucionado mediante una serie de modificaciones a lo largo de la Historia más reciente en nuestro país. Para comprobar el efecto que han tenido los tres Programas Formativos analizados en nuestras informantes, hemos considerado necesario en primer lugar, conocer algunos datos acerca de la realización de sus estudios como enfermera, si la Escuela de Enfermería en la que estudiaron pertenecía directamente a una Universidad o estaba adscrita, en el momento en el que cursaron sus estudios y el lugar donde se formaron como matronas así como el año de finalización de su Especialidad, bien fuera como Auxiliar Técnico Sanitario o Diplomado en enfermería lo que estudiaron según el Plan de Estudios o Programa Formativo vigente. Los datos obtenidos son los siguientes: cuatro de las matronas

[316] Minayo, Mª C. de S. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. op.cit.

entrevistadas consiguieron su titulación en Enfermería entre 1975 y 1985, la mayoría, diez de ellas, entre 1990 y 1998 y el resto, cuatro, entre 2002 y 2003. La duración de los estudios de Enfermería ha sido en todos los casos de tres años, por lo que deducimos que su formación básica es similar en todos los casos estudiados, y no hay diferencias significativas en este sentido. En relación a la Escuela de Enfermería en la que cursaron sus estudios, diez de nuestras informantes afirman que estaba adscrita a una Universidad, siendo en ocho casos Universitaria.

Seguidamente hemos agrupado toda la información recogida acerca de los datos académicos de la Especialidad, tanto el año de finalización, fundamental para nuestro estudio, la duración de la misma y el lugar donde la llevaron a cabo.

Hemos seleccionado a cuatro informantes pertenecientes al primer grupo, diez informantes del segundo, y cuatro del tercero. En cuanto a la duración de la Especialidad, vemos que en las matronas del primer grupo es de un año; y en el resto de grupos de dos años, a excepción de la informante formada en Inglaterra que fue de dieciocho meses, con la obligatoriedad de trabajar un año después para completar las horas formativas exigidas en nuestro país y poder así convalidar su título. Señalamos que, dado que finalizó en el año 2006, la hemos incluido en el segundo grupo de matronas en los temas que hemos considerado comunes, no así en aquellos que presenta diferencias cualitativamente significativas con el resto de matronas que conforman su grupo. La razón principal por la que se fue de España es la falta de trabajo en aquel momento, y la elección de ese país, según ella misma reconoce, fundamentalmente por el idioma.

> "*No había trabajo en España, bueno en España sí, pero no me quería ir fuera de la Comunidad, y dije, pues puestos a irme a Madrid o a Barcelona me voy al extranjero y aprendo el inglés, y entonces pues tomé esa decisión de irme. [….]. Son dieciocho meses, año y medio, y luego un año de…por así decirlo, de convalidación, porque sin hacer ese año no te puedes venir al resto de Europa"*. Maria Jesús.

Otro dato que hemos tenido en cuenta, es el lugar en el que realizaron dicha Especialidad nuestras informantes, puesto que, aunque varias de ellas se formaron en la Unidad Docente de Murcia, contamos también con matronas formadas en las Unidades Docentes de Granada, Albacete, Alicante, Valencia, Barcelona, Tenerife, Málaga, Salamanca, Ceuta y, como ya hemos mencionado, en Inglaterra, lo que nos ofrece

diferentes visiones con respecto al desarrollo de cada Programa Formativo y su puesta en práctica en el Servicio Murciano de Salud.

9.2.1.1. Formación inicial

Para analizar la influencia de la formación recibida durante la Especialidad, hemos querido conocer la opinión de nuestras informantes acerca de su Programa Formativo y constatamos que, por una parte, las matronas pertenecientes al primer grupo consideran que los conocimientos adquiridos en su momento eran adecuados para esa época y la forma de trabajar de entonces, al modelo asistencial imperante en aquella época. No obstante, reconocen que han continuado aumentando sus conocimientos para adecuarlos a las necesidades, propias y/o profesionales actuales.

> *"En aquella época si era suficiente, conforme han ido pasando los años he visto que he tenido que ir aprendiendo y haciendo cursos, Por lo que me están pidiendo las mujeres."*. Fely.

> *"Hombre, yo cuando recibí, recibí mucha menos formación que ahora, ahora me pasmo yo, no por nada, porque nosotros recibíamos, más prácticas que ahora y menos docencia, menos clases teóricas, pero te digo una cosa, ahora parece que veo yo más falta de prácticas en algún momento*". Rosa.

> *"En aquellos tiempos si que era suficiente, para los cuidados que se prestaban, pero ahora me estoy reenganchando, porque me faltan cosas, nuestro campo es cada vez más amplio y yo veo la gente ahora sale mucho más preparada de lo que yo esto...*". Vicenta.

> *"Hombre, en ese momento había una buena...salimos bien formadas, pero sabemos que la práctica diaria es lo que realmente luego nos hace aprender y el interés de ir haciendo luego formación, yo no he parado de hacer formación"*. Margarita.

En cambio, las matronas que se formaron con el segundo Programa Formativo analizado, hacen mayor hincapié en la carencia de temas más concretos, tal vez porque hace menos tiempo de su especialización y recuerdan mejor la adquisición de conocimientos o porque, a pesar de que su Programa contempla muchos más aspectos, tanto teóricos como prácticos, que el primero, algunas piensan que no es suficiente con las habilidades adquiridas para desarrollar completamente su labor profesional, sino que estiman necesario continuar en el aprendizaje continuo posterior, máxime cuando también reconocen que el modelo asistencial y el ritmo de enseñanza ha cambiado desde que terminaron su Especialidad.

"No, porque me faltó mucho, la formación de parto en casa… […] de suelo pélvico… […] también creo que falta mucha formación en educación maternal, en técnicas de grupo, para hacer charlas de grupo, y en lactancia materna, la formación de lactancia materna también es muy escasa". Carmen.

"Faltaban muchas cosas, bueno, si comparo lo que yo recibí a lo que reciben los alumnos de aquí, me gusta más la formación que yo recibí. […]Es que es muy intensiva, y claro en dos años, mientras que intentas aprender, imaginarte lo que es un parto, Primaria… Pero yo creo que mi formación bien". Gory.

"No, no. No, bueno pues porque en la Especialidad, bueno yo por lo menos la experiencia que tengo, pues sales simplemente para eso, cubrir el expediente, para saber hacer un parto y poco más y detectar lo que es normal lo que no y demás". Fuensanta.

"Creo que es suficiente, creo que es suficiente, supongo que lo que se daba en aquel entonces habrá cambiado porque no se parece en nada a lo que hacemos hoy, entonces, suficiente si, ahora si lo comparamos con lo que hace falta hoy seria deficiente, seria muy insuficiente porque ha cambiado todo, nuestro ritmo de enseñanza era digamos, que la mujer se acuesta, se pone un suero, cuando llega a dilatación completa se pasa al paritorio sin monitor y cuando sale el bebé se coge para hacer una serie de cosas…". Lumy.

Encontramos que varias matronas del mismo grupo incluso consideran que su formación inicial era suficiente para el parto intervenido, pero no para el parto de baja intervención, pues reconocen, por ejemplo, no haber adquirido conocimientos sobre técnicas de alivio del dolor no farmacológica, posiciones de la mujer para favorecer el proceso del parto y sobre los cuidados del suelo pélvico en el parto normal, lo que hace complicado desarrollar las habilidades adecuadas para llevar a cabo este tipo de atención. Consideramos que este aspecto está acorde con la formación centrada en la medicalización, que dificulta el aprendizaje de otras formas de atención, que se pueden aplicar y complementar con las técnicas más intervencionistas y mecanizadas, siempre y cuando se procure individualizar los cuidados que se profesan a cada mujer en función de sus características personales y sociales, sus necesidades y expectativas.

"Es suficiente depende de la ideología que se lleve, yo cuando hice la residencia en (nombre de la Unidad Docente omitido) *la ideología era muy intervencionista, entonces en cuanto a eso sí es suficiente. Yo aprendí a trabajar de la forma que se está llevando a cabo ahora cuando hice las rotaciones por* (nombre omitido) *por el hospital comarcal, y allí no eran intervencionistas, muchas matronas de las que hay allí se han ido incluso a Inglaterra..."*. *Lisa*.

"Si, hombre tampoco he conocido otra cosa ni otras Unidades, pero vamos yo no me sentí en ningún momento cuando tuve que empezar a trabajar que me faltaba experiencia, pero no he sentido nunca que me hayan faltado conocimientos ni, quizás a lo mejor algo más en plan científico, investigación y todo eso, si que fue un poco flojito, pero lo que es la obstetricia yo no…". Raquel.

"En el parto intervenido si, en el parto de baja intervención no, como técnicas de alivio del dolor sin que no sean farmacológicas, en formación en suelo pélvico en parto normal en recuperación, en posturas, toda esa parte de la movilización de la pelvis […], pero de todo eso no nos hablaron. Lo suficiente para trabajar. Para trabajar en un parto intervenido si, para trabajar en un parto normal no". Carmen.

"Yo estudié hace muchos años imagino que ahora sí estará incluido en el programa el tema de las posiciones que antes apenas lo veíamos, el tema de los métodos naturales, que ahora me imagino que sí que se verá, está dentro de la formación, a nosotros no se nos daba apenas nada". Paula.

Incluimos en este punto algunos de los resultados obtenidos en los cuestionarios, realizados relacionados con algunas de las competencias descritas, como son:

Diagnosticar el parto y sus fases:

Es decir, reconocer en qué momento está la mujer en periodo activo de parto y si es un parto normal o no con lo que proceder a su ingreso hospitalario o alta y ofrecerle los cuidados que necesita en cada momento. Encontramos que tan solo una matrona del segundo grupo, Gory, afirma que no recibió formación durante su Especialidad al respecto. Señalamos que en el segundo Programa Formativo se incluye el apartado: *Parto normal, asistencia y cuidados,* en cuyos contenidos creemos está incluida esta actividad, por lo que desconocemos la razón de su contestación, ya que el resto de matronas de este grupo, y todas las de los otros dos, sí consideran haber recibido formación para adquirir dicha habilidad, incluso vemos que una matrona de cada grupo opina que no se ha formado posteriormente en este aspecto, con lo que no podemos afirmar que influya el Programa Formativo. Todas las matronas entrevistadas consideran importante esta competencia y afirman dominarla.

Consultar o derivar a otros profesionales en caso necesario:

En relación a la competencia de saber consultar y derivar a otros profesionales en caso necesario en relación a la atención a la mujer durante su parto, solo una de las matronas del primer grupo, Margarita opina que no recibió nada durante su Especialidad en ese sentido, igual que Vicenta, también del primer grupo, y Mariló del segundo, pero éstas durante su formación continuada. Esta es una competencia que creemos fundamental que dominen todas las matronas, y, todas las matronas entrevistadas reconocen tener dicha destreza, y su importancia en mayor o menor medida.

Continuando con las opiniones acerca de la formación durante su Especialidad, nos sorprende que las matronas que hemos incluido en el tercer grupo destaquen que faltaba mucha teoría e incluso la consideran muy básica. Una de ellas opina, además, que las matronas que impartían esta teoría no demostraban suficientes habilidades docentes. Esto creemos puede haber sido así en los inicios de la formación como residencia, debido a que la cualificación de las docentes que imparten la formación teórica ha estado sujeta, fundamentalmente, a la disponibilidad de algunas matronas que han desarrollado su trabajo dentro del ámbito asistencial, y las posibles dificultades en mejorar su curriculum vitae, dada la falta de matronas, al menos durante los primeros años de puesta en marcha de las Unidades Docentes, aunque confiamos que en la actualidad este escenario ha cambiado debido, entre otras causas, al acceso de las matronas a los Programas de Doctorado.

> *"Hombre, sabes muchas cosas, o sea no sales como empezaste, por supuesto que no, pero falta mucho, para mi falta mucha teoría, para mi, para mi teoría, práctica yo creo que está bien..."*. Manuela.

> *"Pues mira, si te refieres a la formación teórica, no, porque como es un poco, yo creía que era un poco… en la Unidad Docente donde yo me formé, pero luego me he dado cuenta cuando he conocido a gente de muchas Unidades Docentes de que es deficitaria en la mayoría, y primero porque yo creo que no hay personas preparadas para aportar esta información o esta docencia, porque bueno, puedes saber mucho de parto o de embarazo o de seguimiento pero a lo mejor no eres capaz de transmitirlo..."*. Teresa.

En cambio, encontramos a dos matronas de este mismo grupo que opinan que la formación recibida fue bastante buena, tanto en relación a los conocimientos teóricos impartidos, como la parte práctica, sobre todo en una Unidad Docente determinada. Hemos omitido identificar las Unidades Docentes para proteger la

confidencialidad de nuestras informantes, por lo que pensamos que no sólo los y las docentes que imparten la formación durante la Especialidad pueden condicionar de alguna manera a cada matrona a lo largo de su vida profesional, sino también la forma de trabajar en el lugar donde se cursa la Especialidad. No es objeto de estudio de esta investigación conocer el grado de relación entre estas variables, pero podría constituir una línea futura para otros estudios.

> *"Hombre, creo que sí, siempre puede ser más completa, pero, creo que fue bastante buena, de lo que yo tenía, de los conocimientos que yo tenía relacionados con el embarazo, con el parto, nada"*. Maite.

> *"Con respecto a la práctica genial, muy bien, por lo menos en la Unidad Docente donde me formé, muy bien porque es un sitio muy peculiar, con una idiosincrasia muy concreta…"*. Teresa.

A través de sus discursos vemos que la forma de atender el parto y de entender el proceso, varía en función del hospital y la Unidad Docente en la que se formaron cada una de ellas. Algunas creen que la formación recibida estaba acorde con ese tipo de asistencia, pero en cambio en otros centros, que consideran como menos intervencionistas, aciertan a vislumbrar los cambios en un modelo menos medicalizado que a día de hoy se va implantando paulatinamente en los paritorios de la región., tal y como algunas afirman. Varias matronas reconocen que durante su Especialidad faltaban muchas cosas, como formación de parto en casa, suelo pélvico, en educación maternal e incluso lactancia materna o técnicas de grupo, pero añaden que con la formación recibida es suficiente para *cubrir el expediente*, para trabajar lo justo, para saber detectar lo que es normal y lo que no en relación al parto. Esta última habilidad es relevante en nuestra investigación, puesto que determina el momento en el que se debe consultar con otro/a profesional de la Obstetricia, capacitado/a para la toma de decisiones en un parto que se desvía de lo normal o con complicaciones.

Por otra parte, los estudios de la Especialidad de matrona son considerados para varias de nuestras informantes como una base, *"el comienzo de una andadura para continuar eligiendo y formándote en función del camino a seguir*". Esta expresión denota que se acepta el desarrollo posterior de diferentes habilidades en función de las propias preferencias, como, por ejemplo, a la hora de atender un parto, profundizar más en el manejo de la lactancia materna, o en el trabajo que se realiza en Atención Primaria, pero dependiendo siempre de lo que más le guste a cada matrona. Creemos que esto no debería ser así, sino que cada matrona debería actualizar sus conocimientos

en todos los aspectos que desarrolle, basándose en las últimas evidencias científicas, y no proporcionar los cuidados en función de las preferencias de la profesional en concreto, sino adaptados a la mujer a quien atiende en cada momento, a su hijo/a y a su circunstancia personal, familiar y social. En este aspecto están de acuerdo dos matronas de diferentes grupos, por lo que en este caso no encontramos influencia de su formación inicial, sino fruto de sus propias percepciones personales.

> *"Hombre, para mi la Especialidad es una base, son los cimientos para luego poder trabajar y seguir formándote, pero luego necesitas seguir haciendo otras cosas y prepararte y formarte con cursos, para ir decidiendo qué camino vas a seguir en la Atención al Parto, porque simplemente es una base, es un… es decir un parto es de esta manera el embarazo es así, tu puedes trabajar y bueno y sabes cómo atender un parto pero no sabes, realmente necesitas mas conocimientos"*. Maria.

> *"Yo creo que es una base buena, que luego ya con el trabajo diario tú ya vas también vas eligiendo un poco lo que más te gusta, las… pero bueno yo creo que eso nos pasa en todo, o sea pero sí que creo que la base en principio es bastante buena y que luego, el trabajo, y el ver realmente lo que a ti más te gusta, Habrá gente que le guste más la lactancia, habrá quien le guste más el trabajo en Primaria lo que se puede hacer en Primaria, y cosas que pueden enfocar desde ahí, o el paritorio o… pues lo vas viendo cada uno se va formando en lo que le guste más ¿no? a nivel ya, como al que le gusta el parto normal, o el parto en casa o… y va por ese lado y otros pues que no"*. Eloisa.

En este punto, en el que se reitera la formación dirigida hacia una vertiente más o menos medicalizada, creemos relevante destacar los discursos obtenidos de nuestra informante especializada en Inglaterra, pues, a pesar de la carencia señalada en cuanto a temas de ginecología, pero no con respecto a la formación en obstetricia, vemos que la diferencia principal que encuentra con la formación impartida en España estriba en la práctica, en la forma de aprendizaje, que según ella misma considera, se adquiere de forma paulatina, gradual, más flexible y con un enfoque diferente al observado en los paritorios de la Región, que cataloga como más medicalizado.

> *"De obstetricia sí, de gine, me hubiera gustado algo más, se queda un poco corto con respecto a ginecología, pero de obstetricia sí. […]Pues aquí está, bueno no voy a decir más medicalizado, que sí, pero como que allí todo es más flexible, allí se aprende primero lo más fácil, lo más por así decirlo lo más rudimentario, como son las maniobras de Leopold, que me imagino que aquí también claro, pero allí se le da mucha más importancia a eso que a lo mejor saber instrumentar una cesárea, por ejemplo, o saber los tipos de suturas que se utilizan, es un enfoque distinto"*. María Jesús.

Su opinión, al considerar como más fácil o, al menos, más cómodo, atender a una mujer de forma medicalizada, nos sirve para reflexionar si este modelo intervencionista, en el que se ha formado la mayoría de profesionales que trabajan en la actualidad, es considerado por casi todos/as como sencillo, por el hecho de ser realizado de forma mecánica y rutinaria. Pero vemos, incluso, que dicha rutina puede llegar a provocar una serie de sentimientos, tal y como refiere una de nuestras informantes del primer grupo que se define a sí misma como si fuera un robot, lo que estaría dentro de lo que ella percibe como deshumanización. En este sentido, detectamos que la humanización contempla principalmente la individualización de los cuidados, la atención integral a cada mujer, considerando todas sus circunstancias, y no solo las características físicas que presenta su organismo en el proceso del parto, tal y como observamos en el capítulo 6. Los cambios cíclicos y la consideración del momento actual como bueno, como refiere una de las matronas del primer grupo, nos hace reflexionar con respecto a la atención que se ofrece en la actualidad y que la línea de trabajo trazada puede ser, o está siendo, muy positiva tanto para las matronas que atienden a las mujeres como para las mujeres que reciben sus cuidados, como trataremos de comprobar en las conclusiones finales.

> *"Pues porque es más cómodo, es más cómodo trabajar de manera medicalizada, mucho más cómodo. Para el personal sanitario sí. Pues físicamente, me refiero. Sí, yo pienso que sí, a la hora de atender un parto es más cómodo poner a la mujer en litotomía, hacer una episio y poner oxitocina que no dejar que el parto evolucione naturalmente, que si la mujer quiere parir en cuclillas se le atiende en cuclillas, que si quiere parir en el agua tienes que asumir ese riesgo con ella..."*. María Jesús.

> *"Hombre, ha cambiado mucho, pero es que han cambiado las cosas desde que yo empecé a ahora tres o cuatro veces, o sea, son cíclicos, van cambiando, […] yo creo que ahora mismo estamos en un momento bueno, por eso porque te digo, porque existen las dos posibilidades, y a mí eso es lo que más me gusta, tienes la necesidad de la palabra humanizar, me sienta como una patada […] se había deshumanizado un poco, pero no deshumanizado nos habíamos convertido más en robots que hacíamos las cosas pero, humanas en el sentido de apoyarlas de, eso lo hemos seguido teniendo eso, yo para mí yo creo que no se ha perdido[…] Yo pienso que deshumanizado no estuvo, pero sí muy mecanizado"*. Rosa.

El cambio de mentalidad, de actitud, de forma de trabajar, que se ha producido en los últimos años, es considerado, por algunas matronas entrevistadas, como un proceso lento, en el que se invierte tiempo y experiencias. Creemos que la implantación de la medicalización en la atención al parto conllevó el aprendizaje de técnicas complejas. Algunas de ellas pueden considerarse como técnicas de enfermería, como por ejemplo la sueroterapia y la administración de medicación, que se adquieren por observación y repetición, más que a través del apoyo a la mujer, de la escucha activa de sus necesidades y acompañándola en sus progresos, favoreciéndole las mejores posiciones para facilitar el proceso fisiológico del parto, y estando atento/a a los requerimientos del cuerpo y de la mente de la mujer que va a ser madre. Todo esto se adquiere con grandes dosis de sensibilidad y empatía difíciles de transmitir como parte de la docencia teórica, aún más si quien lo imparte no ha interiorizado, por llamarlo de alguna manera, a través de un proceso personal de desaprender lo ya aprendido e implantado desde la instrumentalización de los cuidados durante su propia formación y trabajo posterior.

Este intervencionismo es percibido durante su formación por dos matronas del segundo y tercer grupo, y así vemos cómo una de ellas lo manifiesta a través del control manifestado por parte de los/as ginecólogos/as hacia su trabajo mediante la vigilancia, e incluso la desconfianza por parte de los ginecólogos hacia sus competencias, manifestadas a través de sentimientos de miedo o temor a que suceda algún problema, puesto que al considerar el parto como algo quirúrgico, se asume que se debe intervenir siempre, y ese intervenir mecánicamente es lo que infiere seguridad, tal y como contemplamos en el tercer capítulo[317], acerca de la visión biomédica ante la posibilidad de que aparezca cualquier riesgo o patología en cualquier momento.

> *"los ginecólogos siempre estaban muy detrás de ti para que hicieras la episiotomía, vigilando el paritorio siempre. Pero más que por desconfianza quizás era con miedo, cualquier proceso de parto era un acto quirúrgico. Entonces la ideología que te transmitían desde la unidad docente era esa, porque las practicas las hacías en ese paritorio, había matronas de todo tipo, pero la tendencia era esa"*. Lisa.

> *"Si, yo creo que lo que son los conocimientos sí, quizás hay cosas que se podrían, alguna cosa se podría mejorar pero sobre todo se podría mejorar, eh, la práctica o que te dejen intervenir más y que te den más confianza, y a lo mejor verte más en situaciones que yo creo que ni me he visto en el hospital en el que me formé ni me he visto aquí, por ser*

[317] Márquez, S. y Meneu, R La medicalización de la vida y sus protagonistas. 2003. op cit.

hospitales pequeños entonces no me he visto ante urgencias que se pueden plantear que son el cero coma…cero por ciento de los casos pero que sí, que existen". Maite.

En este sentido, hemos incluido aquí algunas de las opiniones vertidas por nuestras informantes en los cuestionarios recogidos acerca de diversos aspectos y actividades relacionadas con la atención al parto, como son:

Proporcionar confort a la mujer:

Tres matronas del primer grupo y una del segundo, opinan que no recibieron formación sobre proporcionar confort a la mujer, casi las cuatro matronas del primer grupo, lo que nos lleva a pensar que no se fomentaba esta competencia dentro de la atención al parto en el primer Programa Formativo analizado En cambio, durante su formación continuada, son otras dos matronas del segundo grupo diferentes a la anteriormente citada y una de las incluidas en el primer grupo, Vicenta, las que reconocen no haber actualizado sus conocimientos al respecto. A pesar de esto, todas consideran importante realizar esta actividad y reconocen dominar su realización, por lo que deducimos que las que reconocen no haber actualizado sus conocimientos y habilidades han adquirido esta competencia de otra forma, como por ejemplo durante la práctica clínica diaria.

Realizar procedimientos y medidas adecuadas en el manejo del parto:

Nos resulta llamativo que una de las matronas del primer grupo, Vicenta, opine que no se formó durante su Especialidad ni posteriormente en relación a esta tarea, puesto que todas las demás, en mayor o menor medida reconocen haber recibido formación al respecto. Como ya hemos visto, esta matrona reconoce que no ha podido actualizar sus conocimientos hasta el momento actual, en el que ha comenzado a asistir a cursos de formación continuada, por motivos personales, como veremos posteriormente. No obstante, esta habilidad es considerada importante por todas las matronas y el dominio percibido es también elevado.

Un aspecto importante que destacamos, estriba en las diferencias que perciben algunas de nuestras informantes entre la formación que recibieron y la que se imparte en la actualidad, no sólo en cuanto a la teoría sino fundamentalmente a la práctica clínica, bien sea a través de las enseñanzas de diferentes opciones o a la hora de atender un número suficiente de partos, tal y como está reflejado en cada programa formativo, a lo que Fuensanta, del segundo grupo, hace referencia con la necesidad de

"hacer manos", es decir, atender muchos partos para adquirir las habilidades necesarias, en cuanto a técnicas o actividades propias de la atención al parto, entre las que podríamos incluir: exploraciones para conocer la dilatación del cuello uterino, extracciones fetales, realización y sutura de episiotomía, etc,. Creemos que también sería necesario "hacer oídos", como podríamos denominar a la habilidad que consiste en escuchar las necesidades y expectativas de la mujer, de observar y facilitar cuáles son las mejores posiciones para ella y su bebé, disminuyendo con esto la tecnificación y fomentando el empoderamiento de las mujeres y sus parejas a través de la empatía y sensibilidad con la nueva familia, tal y como se recomienda en la Estrategia de Atención al Parto Normal, pero que precisan de ciertas habilidades que no están recogidas en ninguno de los programas formativos analizados, como son la intuición, la empatía y el saber escuchar e interpretar signos y símbolos que informan del estado de la mujer sin necesidad de explorar e incluso de hablar, y son más difíciles de adquirir, con lo que además se hace más complicado evaluar su adquisición.

Asimismo, destacamos de nuevo la lucha que percibe una de nuestras informantes, perteneciente al segundo grupo, entre ginecólogos/as y matronas por atender un parto (definido así, *atender un parto,* más que atender a la mujer y a su criatura de forma integral durante el proceso de su nacimiento) sobre todo en hospitales pequeños, donde acontecen menos nacimientos a lo largo del día en comparación con los grandes hospitales, lo que hace necesario repartir, de alguna manera, las funciones o más bien las tareas, de cada profesional que atiende a la mujer, máxime cuando todos/as están en periodo de formación.

> *"…te enfocaban todas las diferentes opciones de maneras de trabajar, no solamente dentro del sistema sino que te decían si quieres trabajar en una clínica privada, iba una matrona de una clínica privada, un ginecólogo y te contaban que pasaba ahí, si querías asistir partos en casa iba gente de parto en casa, había temáticas que por ejemplo aquí en esta unidad docente ni se tocan, la planificación familiar natural, y está muy bien que la gente quiera anticonceptivos, pero una comadrona tiene que saber planificación familiar natural, para si una mujer llega y le hace preguntas al respecto, no sólo darle el DIU, el anticonceptivo o el preservativo..."*. Gory.

> *"Pero yo creo que hace falta formación y además bastante, bastante y sobre todo trabajar en hospitales donde puedas coger la experiencia de una, de otra, yo creo que hace falta estar en un hospital con bastantes partos para luego venir a un comarcal y quedarte sola y tener la seguridad de decir bueno me quedo sola y sé esto y sé lo otro, ¿no? porque sales un poco pegada de conocimientos y de práctica. Yo no hice muchos partos*

porque allí había una lucha campal con los residentes de gine y nos peleábamos por un parto y a lo mejor había una media de seis- siete partos al día y tocábamos a poco, claro, por eso a mi me vino y además quise irme a (nombre de hospital omitido*) a empezar por hacer manos, por ver y porque bueno, de la teoría a la practica a veces va un abismo"*. Fuensanta.

Tras realizar un acercamiento a las opiniones vertidas por nuestras informantes acerca de su formación durante la Especialidad, exploramos sus percepciones a la adquisición de conocimientos y habilidades, una vez finalizada dicha Especialidad y su durante el desarrollo de la práctica laboral de cada una de ellas.

9.2.1.2. Formación continuada

Tal y como vimos en el capítulo cuarto, la competencia técnica incluye los conocimientos y los contenidos que identifican una profesión, tanto durante la formación académica como, sobre todo, a lo largo de la actividad profesional, a través de la formación continuada, con la que poder dominar las tareas propias de cada profesional, las matronas en el caso que nos ocupa. En relación a nuestras informantes, observamos que, debido a que ha pasado un tiempo de su especialización, las cuatro matronas del primer grupo reconocen que han sentido la necesidad de continuar su formación en diferentes áreas, principalmente con respecto a la Atención Primaria y los Programas que en ella se desarrollan, dado que en su Programa Formativo no estaba incluida la formación en este ámbito. Algunas han realizado una Especialidad en Pediatría que se ofertaba en varias modalidades de duración, y además han acudido a la Formación Postgrado universitaria en forma de masteres, Certificado de Aptitud Pedagógica, o con la asistencia a determinados cursos, ya sean los cursos propuestos desde el Proyecto de Atención al Parto Normal, u otros cursos de interés personal. Por todo esto percibimos que, en general, las matronas del primer grupo demuestran interés en continuar su formación. Todas manifiestan la importancia que otorgan a la actualización de los conocimientos a las nuevas técnicas o formas de trabajar.

"Tengo un máster, el máster sociosanitario de la UCAM, bueno, y luego hice la especialidad de pediatría, pero no es ésta, es otra especialidad que se hacía como más sencilla, fue un curso escolar". Rosa.

"Hice la especialidad de pediatría, el último año que se hizo antes de cerrar las especialidades, 85 o por ahí, dos años. He estado criando, me he reenganchado ahora, ahora ya voy haciendo cosas. He hecho uno en Molina que se llamaba drogas y embarazo, o algo que se le pareciera, y

otro aquí en la Arrixaca. De hace poco no, son anteriores, fueron antes de parir, hace muchos años. De parto normal no he hecho ninguno". Vicenta.

"Yo creo que es súper interesante seguir formándose, de hecho ahora mismo en los nuevos planes de estudios llevan incluidos, eh, una formación que en el momento que yo lo hice no lo llevaba". Margarita.

En cuanto a las matronas del segundo y tercer grupo, observamos que su formación posterior ha estado encaminada principalmente hacia la lactancia materna, el suelo pélvico, y la atención al parto normal, precisamente los temas que destacaban como insuficientes en su formación durante la Especialidad, aunque algunas de ellas también han realizado otros estudios universitarios como Antropología, el Curso de Adaptación Pedagógica y otros cursos que, aunque no estén directamente relacionados con la atención al parto, sí los incluimos en este capítulo por haber sido cursados en los dos últimos años.

"Tengo el Curso de Adaptación Pedagógica. Pero cursos, aunque sean de dos días, del FFIS y demás, pues hicimos lo de la Iniciativa del Parto Normal, en San Javier, he asistido a congresos pero lo que es cursos cursos […] yo creo que en los dos tres años que llevo ejerciendo aquí solamente he hecho el de la IPN[318]*"*. María Jesús.

"Si, respecto al parto normal, en fin, prácticamente todo lo que ha salido fundamentalmente sobre el parto y la lactancia, que son las dos cosas que ahora mismo más nos atañen". Lumy.

"Bueno a mí me gusta mucho la anatomía, el deporte, la anatomía, y me gustó mucho el que dio nuestra compañera en Yecla, el de posturas y posiciones para mejorar el parto, entonces a mí lo de biomecánica y todo esto me encanta". Paula.

"Si, cursos si, sobre suelo pélvico, sobre lactancia materna, sobre cuidados del recién nacido, enfermería maternal. Pues es que en general todos los que he hecho me han venido bien". Eloisa.

"Pues si, el de sensibilización y actualización al parto, la atención al parto normal, de reanimación neonatal, higiene de manos y los que han ido surgiendo, que se han podido hacer aquí, de procesos de enfermería que estamos actualizando ese tema aquí en el hospital, el de farmacología, estoy haciendo ahora uno de farmacología". Maite.

Destacamos los discursos de dos matronas del segundo grupo que han realizado cursos fuera de Murcia, en Denia, Huercal Overa e incluso en San Sebastián, puesto que han buscado fuera de la región este tipo de formación como la forma de

[318] Iniciativa Parto Normal. op cit.

cambiar conceptos a la hora de atender partos o la considerada por una de ellas como alternativa, con lo que deducimos que a pesar de la amplia oferta formativa que se ha ofrecido en estos años, no les ha parecido suficiente y/o adecuada para satisfacer sus inquietudes y necesidades de formación. Por una parte nos encontramos con cursos que se podrían enmarcar en la línea de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y por otra de una ponente australiana, Andrea Robertson[319], que impartió cursos en España y podría haber influido en algunas de las matronas que asistieron a dichos cursos en relación al manejo del parto. Añadimos el formar parte de un grupo de trabajo, en el que participó una de nuestras informantes, como relevante a la hora de cambiar su forma de trabajar.

> *"En los últimos dos años, pues hombre, normalmente siempre tiro, por cursos más bien alternativos que no están reconocidos y todo eso, los de Anatomía para el movimiento, de la pelvis, y todas estas cosas, los cursos de la Estrategia del Parto Normal, cursos de lactancia, estuve yendo a Huercal Overa, suelo pélvico, en el congreso que hubo de… el primer congreso que hubo de suelo pélvico para matronas y fisios que hubo en San Sebastián hace creo que fue unos tres años y ya otras cosas que…varias"*. Gory.

> *"Pero no de los últimos dos años, el de Andrea Robertson hace ya ocho años. En Denia, en la Clínica Acuario. Sobre todo el cambiar sobre todo los conceptos que teníamos a la hora de atender partos, la movilidad de la mujer, la paciencia ante un alumbramiento...un nacimiento de un niño, como manejar ese momento, eso te cambia un poco el concepto que teníamos antes de atención al parto[…]el grupo que hicimos de trabajo del Observatorio de la mujer el de detención en el que se intenta… en el que empezamos a elaborar la guía de atención al parto normal que nos fuimos a Málaga un grupo de matronas, con la FAME, ginecólogos, pediatras, […], entonces ese fue un grupo de trabajo interesante donde también me ayudó para cambiar forma de trabajar"*. María.

Algunas de nuestras informantes encaminan su formación hacia cursos de comunicación, gestión, motivación y sobre calidad, pues manifiestan que son formas de mejorar la asistencia, fundamentalmente son matronas que se dedican a la gestión o a la supervisión en la actualidad, tanto del primero como del segundo grupo, y que no se dedican a la función asistencial directa.

[319] Andrea Robertson, es educadora en nacimientos y terapeuta ocupacional que imparte formación por diversos países en relación a la atención al parto. [Internet]. [Consultado el 13 mayo 2013] https://www.birthinternational.com/about/company-information/andrea-robertson

"No, porque en los últimos tres años estoy en la gestión, entonces los cursos que he hecho de formación han ido todos más dirigidos a temas de gestión, de motivación, de calidad….Ahora me gusta mucho, me motiva la motivación, y la calidad con idea pues de conseguir ir mejorando lo que se puede, dentro de la organización en la que trabajo". Margarita.

"Como matrona no, como matrona no, bueno, de comunicación y tal un poco de ya de supervisora, de gestión, y todo eso y de cuidados de enfermería, para lo de lo del informe de continuidad de cuidados". Fuensanta.

Resaltamos asimismo, la necesidad que expresa una matrona del segundo grupo, de conocer las diferentes técnicas de comunicación, por ejemplo para dar una mala noticia, para afrontar una mala experiencia y para gestionar una situación adversa. En este sentido proponemos la técnica del incidente crítico como herramienta válida para transformar sentimientos y emociones producidas por una circunstancia inesperada en oportunidades óptimas de mejora, como veremos posteriormente. Por el contrario también hay quien opina que no es necesario este tipo de formación, concretamente Maite del tercer grupo.

"A medida que va pasando el tiempo más veo que faltan, y en todas las carreras es que no nos enseñan técnicas de comunicación, para poder dar una mala noticia, y no estamos preparados, y claro, trabajamos en un sitio, que hay veces que por desgracia un bebé se muere, entonces ahí vamos con… no sabemos, y también nos llevamos ese problema a casa, la familia lo pasa mal, la mujer lo pasa mal, y encima de todo los profesionales también lo pasamos mal y eso no queda constancia en ningún sitio". Gory.

"Algunas asignaturas, como las de comunicación, las de saber comunicarse y de hablar en público y todo eso a mí me sobraban, porque es que la matrona tiene que estudiar y publicar y hablar en público...". Maite.

Informar de la evolución del proceso del parto:

En los cuestionarios analizados, apreciamos que la información de la evolución del proceso del parto es una habilidad fundamental, debido a la importancia que le otorgan todas las matronas entrevistadas, tanto con la mujer que está inmersa en él como hacia sus acompañantes. Por esto, creemos importante la actualización en habilidades de comunicación, como hemos detectado. Tres de nuestras informantes, todas del segundo grupo, Carmen, Gory y Mariló opinan no haber recibido esta formación durante su Especialidad, no así en el caso del resto de matronas entrevistadas. En cuanto a la formación continuada tanto Vicenta del primer grupo, como Paula del

segundo, opinan que no se han formado en cómo dar este tipo de información, aunque el resto opine afirmativamente. De nuevo todas las matronas reconocen dominar esta competencia en mayor o menor medida.

Por otra parte, y como ya vimos en el marco teórico, la percepción[320] es la capacidad para seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones recibidas a partir de una serie de estímulos, en base a la experiencia y a los recuerdos previos, por lo que hemos querido indagar en aquellas percepciones que tienen las matronas incluidas en nuestro estudio en cuanto a sus necesidades de formación.

En primer lugar, vemos que las preferencias de las matronas que conforman el primer grupo en relación a sus necesidades de formación, van desde los aspectos que se abordan en el ámbito de la Atención Primaria como la planificación familiar y suelo pélvico, debido principalmente porque este tipo de formación no estaba contemplada en su Programa Formativo, tal y como hemos comprobado, o a que su labor asistencial ha estado circunscrita únicamente al área de paritorio de un hospital. Una de ellas refiere su interés en la atención al parto natural, extrahospitalario, entendemos que se refiere a aprender habilidades que se desarrollan cuando el parto no se produce en el ámbito hospitalario, como por ejemplo en una casa, o en cualquier otro sitio donde puede producirse el nacimiento, sin los medios o mecanización que puede ofrecerse en un hospital.

> *"En teoría, por ejemplo necesito formación en planificación familiar, porque siempre me he dedicado a hospitalaria, entonces lo que es, hombre, son cosas que se olvidan, pero tienes que seguir formándote, en Atención Primaria, suelo pélvico y planificación familiar, yo ya lo sexual no me meto, porque pienso que es un tema un poco difícil, cuando hay problemas hay que derivar"*. Fely.

> *"Ahora yo en una zona no me sabría desenvolver, porque antes en mi promoción no pasábamos por zonas, no teníamos control de embarazo como se lleva ahora, antes era hospitalario todo…"*. Vicenta.

> *"Es que yo he ido formándome, pero yo claro al cien por cien como está la gente joven no, pero no por la formación, por mi edad. Yo ahora mismo si tuviera que hacer algo me gustaría formarme sobre el parto natural pero a nivel extrahospitalario, ¿me entiendes?, me gustaría formarme, porque nunca lo he hecho y sería para mí una experiencia, ya te digo que empecé en su momento por eso, y a mi, para mí aquello fue muy bonito...."*. Rosa.

[320] Oviedo, Gilberto Leonardo. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. op cit.

Las necesidades de formación que expresan la mayoría de las matronas del segundo grupo están relacionadas, de nuevo, con el parto normal (incluyendo formación de parto en el agua, tal y como señala María Jesús, fruto de su experiencia en este tipo de atención en Inglaterra), la lactancia materna, el suelo pélvico, y actuación en urgencias y emergencias, precisamente los temas en los que prácticamente todas consideran que se han formado, pero que siguen demandando, independientemente del grupo en el que se encuentren, lo que nos hace ver que, a pesar de que quieran ampliar el campo de actuación en el que la matrona desarrolla su labor asistencial, las inquietudes de las profesionales continúan en la misma línea ya trazada, y esto, bajo nuestra opinión, no hace sino perpetuar la posición y situación de estas profesionales en los mismos ámbitos asistenciales, como son el paritorio y, de forma tímida, en Atención Primaria de Salud. También es verdad que todas las matronas seleccionadas trabajan en el hospital, quizás esto influye en sus inquietudes formativas y reivindicativas como veremos a continuación. De todas formas, una de ellas, Gory, señala el suelo pélvico como algo por lo que luchar en el maternal, así como fomentar la visita puerperal en las casas para valorar no sólo la lactancia materna, sino también el suelo pélvico de la puérpera.

> *"Pues sobre todo en parto normal, eh por ejemplo ahora si consiguiéramos algún día que se introdujeran las bañeras, formación sobre parto en el agua, sobre otras… centros de nacimiento casas de nacimiento, que también es algo que llegará algún día, espero, y actuación en urgencias y emergencias…"*. Carmen.

> *"Hay un tema que la gente piensa que estamos hinchados de hacer cursos, sobre la lactancia materna, a mí es un tema que me gusta mucho pero hay determinados problemas de lactancia materna que yo todavía no sé resolverlo […] echo en falta que las matronas de primaria, pero es verdad que es que aquí sólo hay una matrona por centro, puedan ir a los pospartos a las casas, eso sería imprescindible para valorar cómo van esas lactancias, cómo están esas mujeres, creo que sería lo más importante, que nos formáramos bien en lactancia, como derecho del recién nacido y el suelo pélvico, que lo buscáramos las mujeres, como un derecho para nosotras"*. Gory.

> "*Bueno, creo que en lactancia materna […] creo que la Primaria está muy un poco pobre, eh en primaria se reduce a un control de embarazo somero… […], Creo que la primaria hay otras facetas que están un poquito pobres"*. Lumy.

> *"Hombre, yo pienso que siempre nos tenemos que estar formando porque siempre hay muchos cambios, por ejemplo, ahora con el tema de la lactancia materna […] son cosas que si no estas siempre leyendo y*

estudiando nunca no estas al día y a las mujeres hay que ofrecerles lo todo lo que sepamos". María.

Favorecer y apoyar la lactancia materna:

Precisamente, a través de los cuestionarios, hemos podido comprobar que todas nuestras informantes opinan que es importante desarrollar esta competencia y reconocen saber cómo hacerlo, a pesar de que algunas de ellas afirman que la formación inicial sobre este tema ha sido inexistente tanto en dos matronas del primer grupo, dos del segundo y una del tercero, por lo que no podemos considerar la influencia de su Programa Formativo en este ámbito. En cambio, la formación continuada de este aspecto en concreto, ha sido mayor para prácticamente todas las matronas de los tres grupos, excepto en la informante que no ha actualizado sus conocimientos en ningún aspecto de los estudiados, aunque reconozca su dominio.

En cuanto a la formación sobre atención al parto normal, destacamos que son varias de las matronas del segundo grupo las que resaltan que, aunque consideran la formación recibida durante su Especialidad como suficiente para atender este tipo de partos, creen que es necesario seguir aprendiendo, reciclar los conocimientos y adaptarlos a su trabajo diario, como se fomenta a través de la Estrategia de Atención al Parto Normal, y su efecto en la práctica clínica, como por ejemplo, el reconocimiento por parte de una de nuestras informantes, en cuanto a la disminución percibida en el momento actual en relación al uso de oxitocina artificial después del parto e incluso para inducirlo. Por otra parte, destacan la carencia de habilidades en el manejo de analgesia no medicamentosa, también denominada como técnicas de alivio del dolor no farmacológicas.

"Siempre, siempre, siempre hay que seguir aprendiendo, y es bueno reciclarse. A ver, yo creo que tenemos suficiente formación para llevar a cabo la Estrategia del Parto Normal, tenemos suficiente formación en cuanto a poder controlar el periné para no hacer la episiotomía, en cuanto a eso sí tenemos una buena formación, pero siempre es bueno renovarse y tener en la mano más revisiones para poder trabajar con más seguridad sobre todo en caso de, por ejemplo la oxitocina, pues desde que está la Estrategia del Parto Normal se están reduciendo mucho las cantidades de oxitocina después de un parto, incluso durante las inducciones y todo eso son cosas que se van aprendiendo conforme vienen revisiones nuevas y tendencias nuevas […]. Yo necesitaría sobre todo sobre analgesia no medicamentosa durante la fase de dilatación". Lisa.

"Pues a lo mejor en técnicas de control del dolor, por ejemplo que yo ahí tenia una laguna grandísima y a día de hoy todavía prácticamente la tengo". Mariló.

"Y luego sobre todo a mí el tema del alivio del dolor en el parto, es una cosa que me gusta". María.

"…en técnicas de alternativas de alivio del dolor, porque aquí en este hospital la epidural es la reina y tenemos porcentajes altísimos de analgesia epidural, entonces tampoco tenemos mucho campo de acción porque aquí los anestesistas pues nos han vetado el protóxido, por ejemplo, el óxido nitroso, y bueno en cuanto a inyecciones de agua estéril y demás, los TENS […], la verdad es que aquí la mentalidad de las mujeres es venir a la charla quincenal de la epidural y ponérsela… […], de monitorización fetal, de técnicas invasivas…". Fuensanta.

En este sentido, nos llama la atención que una de las informantes del segundo grupo, María, destaque su necesidad de formación en cuanto a las posiciones en el parto y la autonomía de la mujer para que decida qué hacer en cada momento, cómo pedirlo, y cómo explicarles a ellas la forma de pedir el moverse con autonomía, lo que creemos que es redundante, puesto que en la Estrategia se recomienda permitir la libertad de movimientos, tanto durante el periodo de dilatación como en el expulsivo, y pensamos que con esto se puede pretender conducir la voluntad de la mujer y sus instintos. El hecho de opinar que hay que indicarle a la mujer la forma en cómo puede pedir las cosas, nos hace ver que no se escucha realmente las necesidades de las mujeres, sino que se pretende perpetuar, de alguna manera, la conducción del proceso fisiológico, tal y como apreciamos anteriormente, en el que se contempla el miedo percibido en algunos/as ginecólogos/as a atender a una mujer en su parto en una posición diferente a la habitual en litotomía, con la premisa de que es posible tener que actuar. Detectamos que, aunque en la actualidad se está intentando implantar un modelo de atención más respetuoso con la mujer y sus necesidades, no deja de lado las premisas del modelo biomédico en el que se instrumentaliza de alguna forma los instintos fisiológicos, pretendiendo con esto que mejore la evolución del parto.

"…el tema de las posiciones en el parto, y sobre todo la autonomía de la mujer que la mujer pueda decidir qué hacer en cada momento y cómo pedirlo, son cosas que tenemos que formarnos para poder explicarles a ellas cómo pedirnos a nosotras". María.

"Y luego en cuanto a posturas de parto, parto en cama, parto en silla, partos tal, no sé, creo que la gente le gustaría probar y quizás les da un poco de miedo y prefieren curarse en salud pasarse a la mujer al paritorio

aunque vean que va a ser un parto normal por seguridad si hay que actuar…". Fuensanta.

Destacamos en este aspecto la propuesta de María Jesús, en cuanto al acceso a determinados materiales, como podría ser una piscina o bañera, en la que utilizar el agua caliente como método para facilitar el alivio del dolor y mejorar el progreso de la dilatación, lo que favorecería la evolución del parto, dada su experiencia previa en Inglaterra. Consideramos que el alivio del dolor debe ser prioritario en los cuidados de la matrona, puesto que contribuye al bienestar físico y emocional de la gestante. Es necesario destacar que los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor requieren la participación activa de la mujer, proporcionándole autonomía en su proceso de parto.

"Pues que si tuviera esas facilidades o esos materiales como por ejemplo una piscina, yo eso…o una bañera, yo eso lo echo mucho de menos, entonces puedes decirle a la mujer cuando está con dos centímetros, "métete aquí" o con tres, o con cuatro, cuando la mujer lo necesite. Yo creo que el agua sí, por lo menos en la dilatación, yo no digo que a lo mejor en el expulsivo pues hay veces que…no sé, que no le guste a la mujer o no le guste a la persona que le está haciendo el parto, o la está acompañando, pero la dilatación no hay ningún peligro, no…el niño no va a tragar agua cuando el cervix está de cinco centímetros". María Jesús.

En cuanto a las actividades recogidas en los cuestionarios y relacionadas con la atención al parto, señalamos las siguientes consideraciones.

Evaluar el estado fetal:

También esta actividad es considerada como muy importante por todas nuestras informantes y reconocen dominarla, además, prácticamente todas reconocen haber adquirido conocimientos suficientes durante su Especialidad, y solo Fely, del primer grupo opina lo contrario. Observamos que, en su Programa Formativo se incluye, en la lección 10 los siguientes temas: Desarrollo y fisiología del feto. Nutrición. Circulación. Respiración. Secreción y excreciones. Sensibilidad y motilidad. Creemos que esta información estaría incluida en esta lección. En cuanto a la formación posterior, tanto una matrona del primer grupo, Vicenta como otra del segundo, Paula, afirman no haber actualizado sus conocimientos en este aspecto.

Identificar los factores de riesgo materno-fetales:

Sólo una de nuestras entrevistadas, de nuevo Fely, piensa que no ha recibido ningún tipo de formación sobre identificar los factores de riesgo materno-fetales durante su Especialidad, quizás incluido en alguna de las lecciones que forman parte de su Programa Formativo pero con otro nombre. En la formación continuada una matrona del primer grupo y otra del segundo opinan que no han actualizado sus conocimientos al respecto. Todas consideran importante saber desarrollar esta actividad y creen que la dominan, por lo que podemos llegar a la conclusión que en mayor o menor medida, todas las matronas entrevistadas creen estar capacitadas para detectar factores de riesgo tanto para la madre como para su hijo/a, aunque algunas de ellas consideren que no se han formado, ni durante su Especialidad ni posteriormente.

Detectar los problemas de salud:

Todas opinan que recibieron, en mayor o menor medida, este tipo de formación durante su Especialidad. En cuanto a la formación continuada, tanto Vicenta, del primer grupo, como Paula y Mariló, del segundo, afirman no haber aumentado sus conocimientos al respecto. Todas las matronas consideran importante saber detectar los problemas de salud y todas afirman dominar esta habilidad en mayor o menor medida.

Valorar el progreso de parto:

La formación inicial, en cuanto a la valoración del progreso del parto, la han recibido todas nuestras informantes, y algunas de ellas han continuado su formación posteriormente, excepto nuevamente Vicenta, Paula, Mariló y en este caso también Maite, del tercer grupo, quienes opinan que no han recibido nada. Además, la importancia que le otorgan de nuevo es unánime y el dominio admitido por todas.

Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto:

Ocho de nuestras informantes, pertenecientes a los tres grupos, reconocen que no recibieron formación sobre el manejo de las diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, tres de ellas formadas en el antiguo plan de estudios, cuatro en el de 1992 y una de ellas habiendo finalizado su especialidad en el año de publicación del nuevo programa, en el que se incluye: *El alivio del dolor en el parto. Fisiología del dolor en el parto. Percepción del*

dolor, incluido en el tema del parto. En cuanto a su formación continuada, de nuevo Vicenta es la única que afirma no haber recibido nada de información en este sentido, en cambio, todas las demás si. Todas las matronas consideran muy importante manejar y utilizar las diferentes técnicas de alivio del dolor, y en general afirman dominar esta competencia, lo que nos hace pensar que Vicenta ha buscado esta información de otra manera ya sea mediante revistas, libros o de las mismas compañeras durante la práctica clínica diaria.

Valorar la dinámica uterina:

Todas las matronas entrevistadas afirman haber obtenido los conocimientos y las habilidades para valorar la dinámica uterina durante su Especialidad, que además consideran importante y dominan en mayor o menor medida, aunque algunas de ellas, pertenecientes a los tres grupos afirman que no han recibido nada durante su formación posterior como son nuevamente Vicenta, del primer grupo, Paula, María Jesús y Mariló del segundo, y Maite del tercero. Todas consideran importante esta habilidad y reconocen saber cómo llevarla a cabo.

Por último, añadimos una de las dificultades manifestadas a la hora de acceder a la formación, es la distancia que hay entre el lugar de residencia y la capital, a pesar de que todos los cursos sobre actualización en la atención al parto normal se han desarrollado en todas las Áreas de Salud de Murcia.

> *"Pues simplemente una actualización sería bueno, actualización en general, en nuevos protocolos en atención al parto normal, en lactancia, incluso, siempre cambian las cosas, y aquí en el […] estamos un poco lejos. Si me gustaría, pero no voy a viajar a Murcia para hacerlo porque no puedo, con llevar el trabajo ya por ahora me sobra"*. Raquel.

Como resumen a los aspectos formativos de nuestras informantes, volvemos a destacar los temas que más repiten. tanto las matronas del segundo como del tercer grupo como son atención al parto normal, lactancia materna y suelo pélvico. Este último grupo, a pesar de haber recibido formación hace menos tiempo, afirma que necesita ampliar sus conocimientos, no sólo teóricos sino también prácticos, pues reconocen su falta de experiencia, por lo que señalamos la importancia de la formación para continuar adquiriendo los conocimientos y las habilidades incluidas en el nuevo modelo de atención, que de alguna forma detectan como necesidades de actualización y/o reciclaje. Además, consideramos imprescindible el respeto en cualquier tipo de atención, sea el

parto de baja o de alta intervención, y no sólo unido a aquellos partos incluidos en este determinado modelo, como forma de acercar las distintas posiciones que hemos visto en la manera de entender la atención al nacimiento en general.

> *"Ahora mismo todo, no mira, me gusta mucho la lactancia, la lactancia materna me gusta mucho, parto normal también […] me falta tanto saber, cuando te crees que lo sabes de todo es que no sabes de nada, o me falta tanto saber o... ahora mismo no sé en qué tengo más carencias, tengo en todo pero no sabría que decir. Realmente me falta de todo"*. Manuela.

> *"Si pero creo eso no sólo en el tema de ser matrona, o sea en cualquier cosa o sea te tienes que ir renovando o morir o sea hay que ir… Pues un poco todo, lo que son sobre todo novedades, cosas que van surgiendo, lo que se está haciendo en otros sitios, las cosas que funcionan, si sabemos que en un sito funciona algo o sea no, tampoco innovar por innovar…"* . Eloisa.

> *"…reparación del suelo pélvico, y quizá, control, manejo de ese parte, de la parte del expulsivo […] la gente tiene miedo y luego no se nos respalda ante una lesión […] y luego la sociedad tampoco está mentalizada a lo que son esas cosas, el parto menos manipulado, menos, menos, no sé, quiero decir, que una persona tiene un problema, hay un desgarro, una mujer tiene un desgarro, ella no va a asumir que ese es un proceso, es algo que puede pasar, o sea va a ser porque tu actuación no fue la adecuada, entonces, eso te genera miedos a la hora de hacer tu trabajo también. Necesito un poco más de formación, mezclado con experiencia, con la experiencia de alguien que te transmita esa…o sea, la teoría sí que la encuentras, pero la experiencia no la encuentras"*. Maite.

> *"Yo pienso que nunca hay que dejar de formarse, que debe ser un continuo, porque quien crea desde luego que ya está formado al cien por cien yo creo que apaga y vámonos. Pues, me gustaría, yo desde luego pues desde que empecé a formarme como matrona durante la residencia, y luego, siempre estoy muy por seguir una línea de baja intervención, donde por supuesto siempre se respete a la mujer y al bebé…"*. Teresa.

9.2.1.3. Formación y trabajo

Hemos querido conocer también cuáles son los principales cambios que perciben nuestras informantes en cuanto a la atención al parto, desde que terminaron su Especialidad hasta el momento actual, y la influencia de su propia formación en la forma de desarrollar su trabajo. Por una parte, apreciamos los cambios reconocidos por una de nuestras informantes perteneciente al primer grupo, Rosa, quien opina que cuando comenzó a trabajar, todo se hacía de forma medicalizada o mecanizada, llegando a un punto en el que se consideraban distócicos todos los partos, ninguno

transcurría de forma fisiológica, pues se intervenía en todos, y esto es lo que le generaba el sentimiento como si fuera una máquina, como ya vimos con anterioridad, pero valora muy positivamente que en el momento actual se intenta utilizar la medicalización sólo cuando es necesaria.

Vemos que Vicenta, quien a pesar de no haber realizado formación alguna en relación al parto normal, y perteneciente también al primer grupo, apunta a la introducción de la analgesia epidural como el elemento que ha hecho que las mujeres lleguen al hospital con una mentalidad diferente a la hora de enfrentarse al parto y esto ha condicionado la forma en que ella misma atiende a las mujeres, llegando incluso a considerar que lo que necesita es formación psicológica para poder entender cuáles son verdaderamente las necesidades actuales de las mujeres cuando van a parir. Asimismo, también dos matronas del tercer grupo han podido observar los cambios ya acontecidos desde que se formaron hasta el momento actual, pues consideran que, aunque lentamente, cada vez se respeta más la evolución fisiológica en los partos normales y se lleva a cabo un mejor trabajo en equipo.

> *"…cuando yo empecé matrona estaba casi casi casi el boom de de todo mecanizado, fue cuando empezamos a descubrir, que yo por otro lado pienso que eso está ahí y no tenemos que perderlo porque es justo y necesario, ahora, no utilizarlo tanto como se ha utilizado hasta ahora, es que era lo primero de todo ponme todo todo todo como si fuera ya un parto distócico de entrada ya, lo empezábamos nosotros así, y luego ya, pues ibas ya poniendo tantas cosas que perdías ya el control, pues no ponías distócico porque no tenías ganas pero tú ya lo habías convertido en eso… […] Va evolucionando y estamos en un momento que la mayoría de los profesionales de distintos colectivos estamos más, más pensando en que hay que utilizar menos las cosas hasta que no son necesarias, si es necesario hacer una cesárea se va a hacer, si es necesario un vacuum*[321] *se va a hacer un vacuum, si es necesario lo que sea pero un poco más medido eso"*. Rosa.

> *"Ha cambiado mucho desde que existe la epidural la gente viene con una mentalidad distinta […], vienen con la mentalidad totalmente cambiada, ella no tiene que sentir ni notar nada, y eso desde la puerta, llegan y antes de decirme cómo se llaman o si tienen o no más hijos o cualquier cosa es: "¿me vas a poner la epidural?" entonces la mentalidad ha cambiado frente al sufrimiento, frente a una contracción, frente a un contratiempo, yo no tengo que notar nada ni… y claro yo que soy de la vieja*

[321] Vacuum o ventosa obstétrica: Instrumento usado para traccionar o tirar hacia afuera. Se usa en obstetricia para aliviar los expulsivos, sujetando la copa a la cabeza fetal y traccionando mediante la conexión del dispositivo a un sistema de vacío. Las ventosas se pueden aplicar a partir de que la presentación fetal esté en un segundo-tercer plano de Hodge. Existen ventosas de metal o de sylastic, y los tamaños pueden variar. Instituto Bernabeu [Internet] [Consultado el 7 de diciembre 2011]. http://www.institutobernabeu.com/es/11-1-1/diccionario/717/ventosa-obstetrica/.

escuela, pues eso me viene muy grande, por eso cualquier cosa que se pudiera hacer para, porque la que tengo que cambiar soy yo […], a lo mejor psicología me venía bien, porque con eso se tiene que aprender a tener más mano izquierda y a decir las cosas con mucha suavidad y con mucho cariño, que te lo tienes que callar, si, pero por dentro lo estás sintiendo, no… no sé si eso es ser humano o no es ser humano". Vicenta.

"Yo noté, no sólo lo noté, sino muchísima diferencia de hecho pues mi periodo de adaptación me costó mucho trabajo, fue bastante difícil. Pues porque yo me había formado de una manera y llegué a un paritorio donde la forma de trabajar era completamente diferente, y cosas tan básicas como, pues como que no se respetara la intimidad de las mujeres a la hora por ejemplo de hacer una exploración a mi eso me chocaba muchísimo y lo pasé bastante mal […]. Si, se han cambiado cosas, van muy muy despacio, porque esto siempre se trabaja en un equipo y no todas las personas del equipo están por la labor y entonces va muy despacio, pero sí que se va progresando". Teresa.

"He notado cambio porque donde yo trabajaba era más intervencionista y menos respetar la opinión, no de la mujer sino de las Estrategias de todo lo que iba saliendo nuevo. La mujer entraba a monitores y se le hacía una amnioscopia si el líquido era teñido se inducía, la mujer no se podía levantar de la cama, no podía ir a orinar al baño, monitorización fetal interna, son cosas que yo ya aquí, yo ya eso una vez que salí de la Especialidad ya no lo he vuelto a hacer, la mujer procura llegar de parto y si no llega de parto es una inducción por motivos ecográficos o de Doppler, o de registro pero no unas aguas teñidas, no se miran, aquí no se miran ya, creo que eso ya no está…". Maite.

Un ejemplo claro que detectamos en la forma de manejar el proceso del parto, que denota las diferencias entre las mujeres en Inglaterra y en España, según nos cuenta nuestra informante, es el afrontamiento del dolor y la utilización de diferentes técnicas para su alivio, como es el caso del uso de la analgesia o anestesia epidural, tanto por parte de la mujer a la hora de demandar este tipo de analgesia, como de los y las profesionales en ofrecerla.

"…el tema de la epidural, en Inglaterra todas las mujeres parten de la base de que no hay epidural, en el parto, o sea saben que existe, pero asumen… entienden que es una técnica con muchos riesgos, con más riesgos que beneficios, y lo tienen concebido como una cosa sólo para cuando hay una cesárea, bueno que sería una raquídea, pero en fin, la anestesia en el parto […]. Allí directamente no se les ofrece, solamente se les ofrece ya como último recurso, es el último escalón en cuando en la escala del dolor ellas empiezan demandándote una serie de cosas que hay allí, por ejemplo el entonox[322]*, eh, cambios de postura, la pelota de*

[322] Entonox: Es un gas inhalable que contiene 50% Oxígeno y 50% Óxido Nitroso que se utiliza de forma regular en el Reino Unido como método farmacológico de alivio del dolor.

> *"Bartock"*[323] *el TENS*[324]*, entonces van subiendo van subiendo y a lo mejor llega el momento en el que tú se lo tienes que ofrecer porque no hay nada más, y ella sigue teniendo dolor y lo quiere, pero hay veces que no, que van bien con lo que empiezan y se queda así la cosa"*. María Jesús.

Colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural:

En cuanto a la administración de la analgesia epidural, las cuatro matronas pertenecientes al primer Programa Formativo analizado, coinciden al afirmar que no han recibido formación para colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural durante su Especialidad. Creemos que esto es debido, fundamentalmente, a que esta técnica anestésica comenzó a utilizarse en la atención al parto en los años 90 en España. De ellas, sólo Vicenta afirma que no ha actualizado su formación continuada, y tampoco Mariló, Paula, María del segundo grupo y Maite del tercero. Por último, todas las matronas reconocen dominar de alguna forma esta habilidad. Tal es así que incluso Vicenta, reconoce dominar esta práctica, con lo que consideramos que se ha formado de otra forma, principalmente durante su trabajo diario en contacto con otros y otras profesionales que sí han recibido este tipo de formación.

María Jesús nos comenta en este sentido que en Inglaterra es habitual que las mujeres que van a parir cumplimenten su Plan de Parto[325], en el que expresan lo que quieren y sus expectativas con respecto a su parto, tal y como recomienda la Estrategia de Atención al Parto Normal, y que luego contemplaremos qué ocurre en Murcia con este tema. Asimismo, nos explica que los rellenan con la ayuda de la matrona que controla su embarazo, por lo que destacamos la importancia de una buena información a la mujer como también una adecuada comunicación y conexión entre Atención Primaria y el Hospital en el que va a parir cada mujer, a la hora de ayudarla a que conozca qué opciones tiene, y qué va a poder solicitar en cada centro.

[323] En referencia a la pelota de BOBATH o SWISS BALL, más conocida en España como pelota de PILATES.
[324] TENS. es un pequeño aparato generador de pulsos eléctricos destinado a conseguir analgesia
[325] Plan de parto. Es una manifestación de voluntad escrita, el ejercicio del derecho de cualquier usuario a decidir libremente, a consentir o no consentir sobre las intervenciones médicas que se le propongan. Según la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud (publicada por el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007) y dentro de la participación de las mujeres en la toma de decisiones se encuentra la Corresponsabilidad y elaboración de un plan de acción: la toma de decisiones conjunta implica asumir, por parte de la usuaria, la responsabilidad no sólo de la elección sino también de los resultados de la misma. Existen experiencias en elaboración conjunta de planes de parto durante la gestación.

"Muchísimos planes de parto, muchísimos, vamos, cantidad de mujeres te llegan con la hoja con lo que quieren, y además bastante sensatos, muy elaborados de haberlos meditado, haberlos hablado antes de, pues antes de la hora del parto que es cuando más lúcidas están, y vamos […]Entre las treinta y cuatro treinta y cinco semanas de embarazo, cuando van a las clases antenatales, a los controles de la matrona, la matrona ya les dice, pues ir pensando en el plan de parto porque ya se acerca la fecha tal, entonces ellas tienen una charla ahí con ella y preguntan dudas y demás y elaboran el plan de parto". María Jesús.

Además, se contempla la opción de cambiar de idea, o de que no se cumplan sus expectativas por la circunstancia que pueda ocurrir, pero destaca la importancia que se otorga a tener claro qué es lo que quieren y de la conciencia de lo que es un parto normal, que no ha detectado en los lugares en los que ella ha trabajado.

"Claro pero esa idea la llevan, ellas saben normalmente lo que quieren, aquí las mujeres van un poco más perdidas. Pues porque no hay conciencia todavía de parto normal, si es que no la hay, no la hay, yo por lo menos veo que no la hay, ese es el cambio más gordo que yo he notado de Inglaterra aquí. Pues en parte por la educación maternal, en parte, yo creo que sí, en parte". María Jesús.

Destaca también, que el concepto de educación maternal se contempla de forma diferente a las clases o sesiones que se imparten aquí por parte de las matronas en Atención Primaria, a partir de las veintiocho semanas de gestación, puesto que se desarrolla más bien como educación sanitaria a lo largo de todo el embarazo. Asimismo, observamos también cuáles son los cambios que considera se deben hacer aquí para que los y las profesionales trabajen de otra forma, proporcionando a las mujeres mayor autonomía y libertad de elección, y por otra parte señala las dificultades con las que se encuentran las profesionales en cambiar su arraigada forma de trabajar, teniendo en cuenta, como ejemplo, que en Inglaterra llevan años procurando que las mujeres no soliciten la epidural como primera opción sino que se les facilitan otras formas más inocuas de aliviar el dolor.

"No, no la educación maternal de las clases sino a lo largo de todo el embarazo, allí hay muchas más visitas con matrona, aquí a lo mejor se hacen, aquí las visitas de matrona se organizan tal semana tal analítica, tal derivación a la UDO[326]*, y esos pasos ¿no? y allí no, allí es pues, sí te tienes que sacar esta analítica pero tienes que hablar esto, tal esto, es como educación maternal más continua, no sólo seis clases u ocho, y con eso ya…y no sé qué más, qué más que pueda hacer que las mujeres allí piensen*

[326] UDO. Unidad de Día Obstétrica.

distinto, pues llevan muchos más años con el tema del parto normal, muchísimos más, y eso lleva tiempo que se afiancen, esa cultura lleva mucho, porque hay que cambiar muchas cosas, entonces claro, allí a lo mejor llevan con este tema pues veinte años, claro veinte años diciéndole a las mujeres "no os pongáis la epidural si no la necesitáis realmente""no os empeñéis en…no sé, en parir acostadas" " existen otras cosas" "podéis parir en el agua" todo eso, para cambiarlo, tela". María Jesús.

Este cambio, que tal y como hemos comprobado en diferentes fuentes[327] [328], se produjo en Inglaterra hace ya más de veinte años, hace que la forma de trabajar en ese país sea diferente, y que las rutinas aprendidas se consideren difíciles de modificar tras mucho tiempo elaborando un mismo discurso.

"Son muchos años ya de atención y aparte pues otro tipo de una manera de trabajar distinto, tienen muchos protocolos, todos regulados por evidencia, conocimiento científico, no de decir, "no es que yo lo hago así porque me gusta más, porque llevo treinta años trabajando así", vale sí, pero es que si aquí hay un estudio que te dice que no tienes que hacer la episiotomía rutinaria pues no la hagas, ese tipo de cosas, allí se investiga más, aquí no, aquí aprendes a trabajar de esta manera, y cuesta mucho trabajo cambiar esa manera". María Jesús.

Particularmente reconoce, que en España, las mayores dificultades de cambio las encuentra más en los ginecólogos, pues considera que, en general, tienen el concepto de "sacar al bebé" más que esperar la evolución natural del proceso del parto atendiendo a los estudios más recientes y a la evidencia científica vigente, y menos en las matronas que, según ella, apoyan más a las mujeres, aunque añade que algunas matronas también se resisten al cambio en la forma de actuar.

"…Y sobre todo los ginecólogos, que son los más reacios, eso se nota también, la matrona es más fácil de decir, venga, pues lleva esto tú sola, pero que también algunas cuesta, también cuesta, pero menos menos, los ginecólogos son más, porque para los ginecólogos es como "está de parto, pues hay que sacarlo cuanto antes", no entienden que eso sea un proceso que lleve tantas horas". María Jesús**.**

María Jesús opina, finalmente, que hay muchas diferencias entre la atención que se da a las mujeres en Inglaterra y la que se ofrece en el hospital de la región donde

[327] Bick, D.E., Rycroft-Malone,J, Fontenla, M. A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth in one English birth centre: anticipated benefits and unintended consequences. BMC Pregnancy Childbirth. 2009 Oct 5; 9:47.
[328] Gandy J, Ross J.Every birth the best birth: women centred care in Nottingham. Pract Midwife. 2011 May; 14(5):22, 24-5.

ella trabaja, y cree que lo mejor es que el proceso del parto normal se desarrolle de forma fisiológica, sin intervenir, aunque hay mujeres que demandan esto y otras que no, y piensa que depende más de la mujer, de su nivel cultural y social, a pesar de reconocer que la información que manejan las mujeres no siempre es adecuada.

> *"Si, yo lo tengo clarísimo. Pues para la mujer, permitir que las cosas se desarrollen naturalmente. Depende qué mujer, hay mujeres que sí y mujeres que no, y que directamente te solicitan que las atiendas de la otra manera, no sé, depende de yo creo que, el nivel cultural hace mucho, el nivel de información hace mucho también, que tenga la mujer, y, pero sobre todo eso, de dónde venga, de dónde proceda esa mujer y lo que ella haya aprendido en el seno de su familia y de su círculo de trabajo y todo eso, luego aparte Internet es muy traicionero. Yo creo que sí, porque las mujeres leen cosas y adquieren un conocimiento que no está por ningún lado…, o sea, de dónde se sabe que ese conocimiento es válido*". María Jesús**.**

9.2.1.4. Programa Formativo actual

Por último, hemos querido saber si nuestras informantes conocen el Programa Formativo vigente en la actualidad, y de sus discursos hemos obtenido diferentes opiniones, como por ejemplo que cada profesional debe continuar formándose después de estudiar la Especialidad, para así mejorar el propio conocimiento de sus competencias como matrona. Esto, teniendo en cuenta que parte de una de las matronas que se formaron con el primer Programa analizado en el que no se contemplaban las competencias de las matronas, nos hace ver que nuestra informante se ha interesado por conocer este Programa, y sugiere la satisfacción, tanto personal como de la organización que se consigue al desarrollar dichas competencias. Recordamos que Margarita además está interesada en ampliar sus conocimientos tanto en motivación como en la mejora de la calidad, pilares fundamentales para dirigir, coordinar o supervisar una empresa, como es un paritorio.

> *"Como asignaturas de una Especialidad pues está muy bien pero a partir de ahí pues queda la parte práctica y la intención de tener una formación continuada a lo largo de tu carrera y de cada profesional especializarse o, por lo menos, tender no sólo a hacer sólo en lo que sea competente sino también trabajar dentro de esas competencias en la mejora continua para conseguir pues la excelencia, la mejora y conseguir la satisfacción del paciente, conseguir la satisfacción de la organización en la que trabajas y también importante la satisfacción personal del trabajo bien hecho"*. Margarita.

La mayoría de las matronas entrevistadas valoran la buena preparación de las matronas que se están formando en la actualidad, y destacan la importancia de que las propias matronas conozcan qué es lo que pueden hacer, y no sólo eso, sino que además que los y las demás profesionales que trabajan en el equipo multidisciplinar tengan claro esto para respetar la parcela de las matronas. La mayoría de las matronas que afirman conocer de alguna forma el Programa Formativo publicado en el año 2009, pertenecen al segundo grupo, bien porque se han informado a través de la Federación de Asociaciones de Matronas, o en un curso. Una de ellas incluso señala que no se desarrollan algunas de las competencias que la matrona ha ido dejando (no especifica si es porque se han regulado de otra forma, o que otros grupos profesionales las han abordado), como son saber atender los partos de nalgas, tal y como está contemplado en la Directiva Europea o c la atención al recién nacido durante el primer mes de vida, como comprobaremos posteriormente al hablar de las competencias profesionales. A pesar de esto, Teresa, a quien hemos incluido en el tercer grupo, considera que ha cambiado sustancialmente el contenido del Programa, adaptándose a las recomendaciones del Ministerio, en una clara alusión a la Estrategia de Atención al Parto Normal, y de nuevo reivindican el lugar que opinan debe ocupar la matronería en la actualidad.

> *"…la FAME nos pasó el nuevo plan de estudios que salían las nuevas competencias, venían muy bien marcadas las competencias, si efectivamente, si lo he leído y es mas amplio que el mío. Creo que viene muy bien, el estar marcado lo que una matrona debe conocer pues lleva a saber qué es lo que una matrona puede hacer y es competente para hacer. Entonces si todo el mundo conociera qué es lo que sabemos, qué es lo que podemos hacer y hasta dónde podemos llegar, respetaría nuestra parcela"*. Mariló.

> *"…lo veo que cada vez se va ajustando más pues a las recomendaciones del Ministerio, y bueno, pues es una manera yo creo de que todas las matronas que se vayan formando ahora pues salgan todas en la misma línea, que no sea una disparidad ahí de conocimientos y de formas de actuar y de, porque todo va en también en función, aparte de la evidencia científica y demás pues de las demandas sociales que está bien. […] Ha mejorado, pero creo que queda todavía mucho camino por andar para que nosotros tengamos el lugar que tenemos que tener. Pues porque a pesar de que cada uno sabemos, tenemos muy clarito cuáles son nuestras competencias, en la realidad no es así, cuando tú estás en tu puesto de trabajo muchas de tus competencias no son consideradas"*. Teresa.

> *"Sé que hubo un curso hace cinco o seis años, pero así yo creo que tampoco se mantienen las competencias, hay que seguir formándose, y*

claro, tu vas buscándote la manera de hacerlo mediante cursos, pero hay veces que no abarcas tanto y si no te lo ponen en la puerta, no lo haces y como eso muchas competencias que tenemos un poco abandonadas. […] …me parece estupendo porque se desarrolla, se desarrolla, lo que pasa es que quizás habría que incidir más aquellas en competencias que hemos ido dejando, porque una de ellas es asistir a un parto de nalgas cuando no hay un ginecólogo, pero ahora no se hacen partos de nalgas y en un momento en el que hay un parto de nalgas, que se supone que es urgente, lo hace un ginecólogo o un residente de ginecología, en eso pues nos tendríamos que centrar en simuladores o incluso otros temas la atención al recién nacido el primer mes de vida, pues si seria importante sobre todo reciclarnos en ese primer momento sobre todo si se complica, la reanimación del recién nacido es súper importante". Lisa.

En relación a la atención al parto de nalgas, hemos observado a través de los cuestionarios las siguientes consideraciones.

Asistir, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas:

En todos los grupos encontramos matronas que afirman no haber recibido formación en asistir para parto en presentación de nalgas, ni durante su Especialidad ni posteriormente, con lo que creemos que no se ha trasladado al Programa Formativo una de las actividades incluidas en el Real Decreto, concretamente la última parte del punto f) del artículo 55, a pesar de estar contemplada como una de las competencias mínimas que deben adquirir las matronas en formación:

f) Atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas.

Tan solo encontramos que en el Programa Formativo publicado en el año 1992 se incluye, dentro de su formación práctica, la participación activa en los partos de nalgas y además contempla que: *donde ésta sea imposible por no haber un número suficiente de partos de nalgas, la práctica deberá realizarse en situaciones simuladas.* Creemos que esto puede estar relacionado con la disminución de la atención de los partos de nalgas a raíz del estudio de Hannah[329] en el que se recomienda realizar una cesárea frente a la atención del parto por la vía vaginal, con lo que desde entonces ha habido pocas ocasiones de aprender esta habilidad, y prácticamente se ha considerado

[329] Hannah M.E, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.Lancet. 2000 Oct 21; 356(9239):1375-83. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. [Internet] [Consulta el 1 de junio 2013] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052579

como una práctica en desuso, a pesar de que es posible de que se deba asistir a alguna mujer en periodo activo de parto y sea imposible poder realizar la intervención quirúrgica, por lo que pensamos que se debería incorporar a la enseñanza, tanto teórica como práctica, aunque sea en situaciones simuladas, tal y como se contempla en el segundo Programa Formativo analizado. En el momento actual se está realizando otra técnica en este tipo de partos, la versión cefálica externa[330], en algunos de los hospitales de nuestro estudio, pero, al no tratarse de partos normales, es un tema que no vamos a desarrollar en la presente investigación.

Para finalizar este bloque, consideramos que prácticamente todas las matronas, independientemente del grupo al que pertenezcan, hacen referencia a la formación que han recibido tras su Especialidad, que, además de distintos títulos universitarios, está enfocada, principalmente, a la atención al parto normal, el manejo y promoción de la lactancia materna, y la revisión y recuperación del suelo pélvico de la mujer, temas también recurrentes a la hora de manifestar sus necesidades o inquietudes formativas. Otras líneas contempladas son cursos más bien alternativos o de aspectos en los que se recomienda poca o baja intervención, y, también destacamos la *lucha* a la que hacen referencia algunas de nuestras informantes, mantenida de alguna forma entre matronas y ginecólogos, bien durante su formación bien durante la práctica diaria de su labor profesional. Esta lucha se extiende incluso a otras profesiones, en tanto en cuanto se pretende recuperar un campo, como es la atención al suelo pélvico, y una parcela, tal y como se considera la atención al embarazo, parto y puerperio normal. Además también señalamos por una parte como una de las causas que algunas matronas apuntan a la hora de no poder desarrollar las propias competencias, como es el paternalismo al que son sometidas, por parte de los médicos, y por otra parte el no considerar estar cualificadas para desarrollar dichas competencias, o no querer asumirlas por el grado de responsabilidad que conlleva.

> *"Pues pasa eso porque hay un paternalismo por parte de los médicos y que no son capaces de asumir que nosotros tenemos nuestras competencias y estamos cualificados, porque durante muchos años pues han asumido ellos esas responsabilidades que son nuestras, igual que te digo que también hay muchas matronas que siempre están diciendo el tema de*

[330] Lede R. Versión cefálica externa para el tratamiento de la presentación podálica: Comentario de la BSR (última revisión: 13 de marzo de 2006). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Consulta el 1 de junio 2013] Disponible en: http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/154279-7092.pdfhttp://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/breech/rlcom/es/

las competencias, pero para asumir tus competencias tienes que asumir tu responsabilidad, entonces muchas están dispuestas a que se les asignen sus competencias pero no a asumir sus responsabilidades, entonces eso será un tema que habrá que trabajar muchísimo también". Teresa.

9.2.2. Atención al Parto Normal

Como ya hemos visto en el capítulo 6, creemos que los conceptos que tienen las matronas entrevistadas acerca de lo que se considera atención al parto normal, pueden variar en función del documento que consulten o también fruto de sus propias percepciones derivadas, tanto de su formación previa como de los sentimientos que genera su desarrollo profesional en este tipo de atención. Para abordar, precisamente estas percepciones de nuestras informantes, hemos indagado en el conocimiento que manifiestan tener en relación a los documentos oficiales publicados y otros Proyectos existentes relacionados y si creen que este conocimiento de los mismos influye en sus expectativas o percepciones a la hora de desarrollar sus propias competencias profesionales. Todos los documentos recogidos se han citado con anterioridad en esta investigación, incluido el Proyecto Multicéntrico de Adecuación a Estándares Clínicos de las Cesáreas Urgentes y Programadas en el Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo principal es disminuir la realización de cesáreas innecesarias e inadecuadas, evitando la variabilidad en la práctica clínica, mediante la aplicación de un modelo de indicaciones estandarizadas para cesáreas urgentes y programadas en varios hospitales del Sistema Nacional de Salud, e implantado en la Región de Murcia desde noviembre de 2010, con resultados muy positivos en relación, no sólo a la ligera disminución del porcentaje de cesáreas por centros, sino de una mejor adecuación a la indicación para realizar dicha intervención, lo que redunda en una mejora de la calidad de la atención en los nacimientos.

La mayoría de las matronas, pertenecientes a los tres grupos, admiten conocer el Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, aunque algunas de ellas lo confunden con el libro de la Iniciativa Parto Normal, o incluso con la Estrategia de Atención al Parto Normal e incluso con la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, lo que nos hace cuestionarnos el valor que le otorgan a este Proyecto Regional o si no ha sido suficientemente difundido En cambio sí que encontramos una mayor aceptación e implementación en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, creemos que es debido a su carácter práctico a la hora de utilizarlo en el medio asistencial.

"Pues me parece súper interesante, porque se nota que está muy bien elaborada, que participan muchos profesionales, que demarcan una, hay una evidencia científica que nos ayuda a lo que estamos hablando a mejorar y a hacer las cosas bien, a trabajar con protocolos, de forma protocolizada, bueno, muy interesante". Margarita.

"Yo creo que esta si, aunque mismo no la tengo visualizada. No la tengo, yo puede ser que la haya visto si están colgadas en Internet, suelen estar colgadas y eso, la habré leído a lo mejor no entera de cabo a rabo pero sé pero la de salud reproductiva no me acuerdo". Manuela.

"Cuando se empezó a implantar lo de la Estrategia del Parto Normal sí que nos repartieron ejemplares del libro de la IPN, pero vamos, yo no he visto nada más…". María Jesús.

"Entera creo que no, entera no, he leído una parte, la que interesa, sobre todo el tema, pero si la ley sí que la he leído, la ley si. Ya pero hay una ley, que está incluido el IVE[331]*, eso sí que lo he leído, la Estrategia del todo no. […]El de la Práctica Clínica, ese lo consulto habitualmente para el tema de cuándo empieza el parto, por ejemplo me llamó la atención lo de siempre tres centímetros, son ya cuatro, el tiempo de que se considera un parto estacionado…"*. Paula.

"La Guía la tienes, la tenemos, también tenemos accesibilidad a ésta, a la de cesáreas, o sea son las dos que las tenemos por aquí, porque además están por ahí, hay una que está fotocopiada, el libro también está rulando por ahí o sea que lo tenemos accesible". Eloísa.

Observamos que el Proyecto de Adecuación de Cesáreas Urgentes y Programadas a Estándares es poco conocido en general entre las matronas entrevistadas, aunque algunas opinen que trabajan en él de forma indirecta. Esta circunstancia nos resulta llamativa ya que se está desarrollando en Murcia, antes del año en el que realizamos las entrevistas, y esto, teniendo en cuenta que modifica algunos de los parámetros en los que hasta ese momento se consideraba que un parto dejaba de ser normal para poder indicar su finalización; pensamos hasta qué punto puede haber influido en las consideraciones de nuestras informantes acerca de su atención a las mujeres en proceso de parto. Tan solo una matrona del primer grupo y cuatro del segundo conocen este Proyecto, aunque dos de estas últimas reconocen que se está utilizando en su hospital.

[331] Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Consultado el 28 diciembre 2011 http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf

"Nosotros tenemos ahí los libros, yo hice cuando apareció todo esto, hice unas copias y la gente los consulta, lo que sí te digo en un momento determinado se dieron los librillos esos y tal, y a mí me gustaría que se hicieran los libros estos y se les dieran al residente y que él lo tuviera para leer para informarse y para seguir toda su vida con un libro de esos". Rosa.

"Todos, todos los he consultado, hasta el de las cesáreas, que no me toca mucho pero me hacen trabajar en él". Fely.

"Algo, bueno, lo conozco porque yo soy la que saco las historias, las cesáreas, cuantas han sido, tal me saco el listado voy a archivos, pido las historias, además lo tengo por aquí, pero no lo he leído". Fuensanta.

"En mi hospital el de Adecuación de Cesáreas, últimamente es el que estamos, el que más se está usando, y el…pues nada yo creo que es el único que se está usando realmente, realmente es el único que se está usando". María.

"En mi hospital se utiliza adaptado el Proyecto de Adecuación de Indicaciones de Cesáreas y bueno, excepto el de Salud Sexual y Reproductiva, los otros anteriores sobre el Parto Normal, los tres están adaptados". Lumy.

"Los he consultado todos, y los he leído todos, no palabra por palabra, pero si, en general, y el único el último de las cesáreas que es el que menos, todavía no lo conozco". Carmen

"Pues de las primeras guías, pues bueno me las he leído prácticamente todas y siempre pues cuando sobre todo en temas que son más concretos, cuando veo que me surge pues echo mano de ellos y la guía de practica clínica, y luego cuando he tenido que preparar cualquier cosa para dar alguna sesión a los compañeros en el trabajo y todo eso pues siempre me baso en esas guías y en esas prácticas que yo creo que es lo básico que cada matrona tendríamos que tener esquematizado en nuestra mente". Teresa.

En cuanto a las percepciones expresadas por nuestras informantes en relación a estos documentos, vemos que un gran número de ellas opinan que son muy necesarios, interesantes y que se deberían aplicar mejor, aunque dos matronas del primer grupo aglutinan los cambios que están observando en la práctica clínica, en una suerte de corriente, sobre todo en lo que respecta a la petición o no de la analgesia epidural, e incluso en relación a la presentación de planes de parto, llegando a la conclusión, de que en el momento actual este tipo de peticiones de un tipo de parto más natural, al menos manifestado por escrito, por parte de las mujeres está en calma. Asimismo, opinan que algunos de los cambios descritos son fruto de lo que pide la mujer, y no tanto de lo que recomiendan tanto las sociedades científicas como la

evidencia publicada más reciente, que es disminuir la medicalización a través de la promoción del parto normal. De hecho, algunas reconocen que, en su hospital, la mujer no precisa presentar su plan de partos, puesto que se procura respetar sus expectativas siempre que las condiciones, tanto personales de la mujer como estructurales o funcionales de la Unidad lo permitan, lo que creemos sería deseable en todos los casos, al adecuar la atención a cada mujer. Percibimos además la consideración que apunta una de nuestras informantes por la que cree que una mujer solo consigue su objetivo de llevar a cabo un parto normal si no utiliza la analgesia epidural como método de alivio del dolor, y que muy pocas llegan al final con su idea inicial, aunque valora el hecho de que las mujeres que presentan el plan de parto llegan más mentalizadas.

> *"Me parecen fenomenales pero que es como todo, siempre hay como unas, unas corrientes, nosotros ahora por ejemplo acabamos de percibir, nos damos cuenta que tenemos ya el cien por cien de mujeres siempre nos piden la epidural, siempre nos piden la epidural […] hubo una corriente de mujeres que lo pedían, que lo exigían, que tuvimos al principio nosotros problemas en el hospital viejo, con una señora determinada, pero es que ya esa corriente parece que se ha quedado como quieta. […] Luego si nos piden posiciones las tienen, si nos piden duchas las tienen, les damos agua durante todo el periodo de dilatación…"*. Fely.

> *"Si, la que viene con su plan de partos se procura respetar su plan y llevarlo a cabo conforme a lo que se está poniendo en boga ahora mismo. Y con respecto al trabajo de los profesionales se está haciendo con respecto a alguno de estos documentos. Se procura ser muy respetuosa siempre, lo que pasa es que de momento por lo menos, vienen con una idea y…por lo menos en los casos que yo he tropezado cuando llegan a determinada dilatación pues hay muy pocas que siguen hasta el final, pero si, por parte nuestra sí, por parte nuestra además de respetuosos parece que como la que viene con su plan, el hecho de que la mujer llegue con su premeditación quiere decir que ha vivido su embarazo, que se ha preparado para el parto, y entonces yo creo que las mimamos un poco más que al resto, porque como hay tan poca gente que se preocupa, el hecho de que venga una mentalizada y preparada parece que se agradece de una forma especial"*. Vicenta.

En la Estrategia de Atención al Parto Normal se recomienda respetar las decisiones que tome la mujer acerca de las actuaciones de su parto, por ejemplo del plan de parto y nacimiento, dentro del marco de seguridad y calidad en su atención, puesto

que, tal y como Guldbrandensen y cols[332] han demostrado, la elaboración de los mismos influye positivamente en las experiencias de parto de las mujeres entrevistadas.

El Plan de Nacimiento es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento, y se recomienda su elaboración entre las veintiocho y treinta y dos semanas de gestación, consultando cualquier duda con la matrona o el personal médico y señalando que puede modificarlo en el momento de su parto. En un principio, se idearon solamente destinados para aquellas mujeres que deseaban un parto normal, pero, dado que muchas de las características que se promocionan son comunes a todos los nacimientos, tales como el acompañamiento, el contacto piel con piel y el favorecimiento de la lactancia materna, creemos que la elaboración y presentación del mismo no debería ser exclusiva para algunas mujeres, sino alentar a todas a que lo cumplimenten durante su embarazo, presentándolo en el momento del parto, para evitar sentimientos de rechazo de algunos/as profesionales hacia aquellas que sí lo han cumplimentado. Aun así, vemos que el Plan de Parto y Nacimiento[333] propuesto por el Ministerio ofrece escasas opciones en cuanto a la asistencia clínica al parto, pero sí en relación a otros aspectos como el movimiento durante la dilatación y el parto, el acompañamiento, el contacto piel con piel y la lactancia materna entre otros.

Revisar con la mujer el plan de nacimiento:

Destacamos que catorce de las matronas entrevistadas consideran que no recibieron ningún tipo de formación durante su Especialidad, dos del primer grupo, ocho del segundo y las cuatro del tercero. En cambio, cuatro de ellas, dos del primer grupo y dos del segundo, afirman que recibieron mucha información sobre este tema durante su formación inicial. Es el caso de María Jesús y Lisa, que coinciden, además, en el año de finalización de su especialidad, 2006, aunque Lisa se formó con el segundo Programa formativo analizado, en el que no encontramos referencias al plan de nacimiento y María Jesús se formó como matrona en Inglaterra, donde se utiliza dicho documento desde hace décadas. En concreto vemos que el sistema nacional de salud en

[332] Gulbrandsen P, Aarseth J, Aaby E, Valdal A. A birth plan--effects and evaluation. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Dec 2; 124(23):3055-7. 01 [Internet]. [Consulta el 14 febrero 2012]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586186

[333] Plan de Parto y Nacimiento. Documento elaborado por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet] [Consulta el 14 febrero 2012 Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf

Inglaterra o National Health Service, (NHS), facilita, a las mujeres que lo deseen, la realización de dicho plan de nacimiento incluso de forma online[334] en el que pueden tomar decisiones acerca del alivio del dolor, dónde dar a luz, información de cuándo es necesario instrumentar un parto (fórceps o ventosa) y cuidados del bebé después de nacer, con vídeos explicativos de cada apartado.

Las dos matronas del primer grupo, Fely y Rosa, afirman que su formación inicial en cuanto al plan de nacimiento ha sido extensa, lo que nos resulta extraño, dado que en aquel momento (años 70), no existía esta herramienta en nuestro país, ni estaba contemplado dentro de su Programa Formativo como hemos comprobado. La mayoría de las matronas del segundo grupo destacan no haber recibido esta formación en la Especialidad, aunque sí posteriormente. En cambio, nos llama la atención que las cuatro matronas que conforman el tercer grupo opinan que su formación en relación al plan de parto durante su Especialidad ha sido nula, ya que han finalizado su formación como matronas en el año 2009 y 2010, en cuyo Programa Formativo ya se encuentra con el siguiente enunciado: *Atención al parto normal. Plan de nacimiento.* De las dieciocho matronas, sólo una, perteneciente al segundo grupo, Paula, no le da ninguna importancia al hecho de revisar con la mujer sus preferencias en cuanto a su nacimiento, y las demás consideran importante esta competencia. En cuanto al dominio expresado de esta actividad, tanto Mariló del segundo grupo, como Manuela del tercero, reconocen no tener esta habilidad.

Promover el parto normal:

La promoción del parto normal es un tema clave en nuestro estudio y está presente en muchos de los cursos realizados en la Región de Murcia durante los años estudiados, y además está incluido solamente en el tercer Programa Formativo analizado. Creemos que esta es la razón por la que muchas de las matronas entrevistadas, nueve en total, piensan que no recibieron ningún tipo de formación sobre la misma. En este caso vamos a valorar a las matronas que sí reconocen haber recibido formación sobre la promoción del parto normal durante su Especialidad, curiosamente del primer grupo tan solo Vicenta opina que sí. En el segundo grupo encontramos de todas las opiniones, pero, en el tercer grupo vemos que Maite, es la única que reconoce

[334] Información sobre Plan de Parto y recomendaciones para su cumplimentación del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra. 01 [Internet] [Consulta el 12 febrero 2013. Disponible en: http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx#close

no haber adquirido esta habilidad para promocionar el parto normal, aunque esté incluida en su Programa Formativo. En cuanto a su formación continuada, solo Vicenta opina que no ha realizado ningún curso en relación al parto normal, como ya vimos en el apartado de formación. Todas las matronas entrevistadas consideran importante desarrollar esta actividad, y todas piensan que están capacitadas para promocionar este tipo de parto, si es que podemos enmarcarlo de alguna forma, o simplemente podríamos decir fomentar y difundir la importancia de dejar evolucionar la fisiología en todas las mujeres de parto, manteniendo un adecuado control en cada una de ellas, con lo que disminuir la medicalización de rutina cuando no es necesaria y utilizarla sólo cuando es imprescindible. Destacamos la definición de matrona de la Confederación Internacional de Matronas, que vimos en la introducción, en la que se incluye el favorecimiento del parto natural entre los cuidados que realizan las matronas como parte de sus funciones y/o competencias, relacionando este término con el parto normal como hemos comprobado a lo largo de la presente investigación.

Favorecer el contacto precoz madre-hijo:

Las cuatro matronas del primer grupo, tres del segundo: Lumy, Fuensanta y Mariló, y una del tercero, Maite, consideran que no recibieron ningún tipo de formación durante su Especialidad en cuanto a favorecer el contacto precoz madre-hijo. En el caso de las cuatro primeras lo podemos entender por formarse con un plan de estudios en el que no se contemplaba esta cuestión, pero nos llama la atención las cuatro restantes, tres de ellas formadas con el segundo Programa Formativo analizado, en el que se incluye el tema: *Atención inmediata del recién nacido normal,* aunque sospechamos que no se contemplaba el contacto piel con piel como una de las mejores y más importantes formas para evitar la pérdida de calor del recién nacido y favorecer, tanto su estabilidad física y emocional como su primera puesta al pecho, facilitando con esto la lactancia materna de forma fisiológica, como apuntan los diversos documentos científicos ya citados. Resulta paradójico que Maite, cuya formación finalizó en el año 2009, y en cuyo programa se desarrollan diversos aspectos de la atención al recién nacido y su adaptación extrauterina, afirme que no ha recibido formación en este sentido. En la formación continuada destaca Vicenta, que nuevamente reconoce no haber actualizado sus conocimientos en este tema, en contraposición con el resto de matronas, quienes reconocen haber recibido formación continuada en relación al contacto precoz madre-hijo. La importancia otorgada a esta competencia es total.

En otro orden de cosas, y de nuevo en relación al cambio de modelo asistencial, vemos que uno de los factores que las matronas entrevistadas perciben como importante, está relacionado con el traslado a un hospital más grande y con una mejor infraestructura en la Unidad de paritorio, lo que ha favorecido, en algunos casos una serie de modificaciones en la forma de trabajar, no sólo por la adecuación de los espacios físicos, sino también, y esto, creemos que es esencial, por un cambio de mentalidad y actitud en los y las profesionales. Destacamos aquí, que este cambio de modelo de atención, debe ir al unísono de las dos partes implicadas, mujeres y profesionales, puesto que si solo se cambia la forma de atender el proceso del parto y no se informa adecuadamente a las mujeres, es posible que éstas no entiendan este cambio o no se sientan respetada en sus convicciones, si lo que perciben, es que se pueden ver privadas de opciones, como algunas piensan, como por ejemplo que se les va a negar el uso de la analgesia epidural. Es por esto que pensamos que se debe incidir de forma contundente en el sistema de valores y las propias creencias en cuanto a las prácticas clínicas llevadas a cabo de una determinada manera, pero está claro que cuesta cambiar unos hábitos. La importancia del espacio físico, la mencionamos en el capítulo tercero, al analizar las percepciones que el receptor distingue dentro de la ley de figura y fondo, otorgándole a la estructura la misma relevancia, por ser el lugar donde se produce el nacimiento, que a las personas implicadas en ese momento.

> *"Un cambio pero totalmente, una voltereta, no tiene nada que ver, no tiene nada que ver, por la infraestructura, por el sitio, por la cantidad de gente sobre todo [...] estábamos pidiendo un hospital grande y cuando nos lo ponen la protesta era que era muy grande y que teníamos que andar mucho, pero a los dos meses la gente empezó a colocarse y a ubicarse y ya las distancias tampoco las ven ni tan grandes ni tan… o sea que eso es meterte y empezar, pero como todo, el cambio"*. Fely.

> *"Esto es un cambio de actitud, y no uff, muy difícil, muy difícil porque claro que nos digan cuando ya llevamos diez años trabajando que a lo mejor algo que estamos haciendo no está bien, eso duele, entonces es: ah, pues yo toda la vida lo he hecho así y ha funcionado así, pero, pero claro, hay cosas que se podrían mejorar, y entonces creo que va a tardar muchísimo tiempo que se ponga que funcione correctamente, y sobre todo yo creo que el cambio no va a venir desde dentro, el cambio va a venir desde las mujeres y eso está muy claro, todo se ha movido a través de las redes sociales de Internet con las mujeres. La evidencia es que está muy bien, entonces son como modas, yo lo que creo es que son modas, y o se ponen otra vez las mujeres las pilas y empiezan a pedir o no se consigue nada"*. Gory.

Por otra parte, observamos que algunas de las matronas del segundo grupo perciben que *los médicos,* literalmente, *tienen miedo* a que las mujeres expresen sus peticiones, y aseguran que son ellos los que frenan el cambio, o que no facilitan que se trabaje en esta línea, e incluso creen que son algunas matronas también las que no quieren fomentar la autonomía de la mujer en el momento del nacimiento de sus hijos e hijas. Esto está en consonancia con el proceso de Institucionalización del parto que supuso el Modelo Médico Hegemónico.

En cuanto a los documentos descritos, vemos que la opinión generalizada, sobre todo en matronas del segundo grupo, es que se deberían utilizar de forma rutinaria, ya que nuestras informantes los consideran necesarios para mejorar la asistencia al parto, porque respaldan la actuación de la matrona, además de contribuir a la actualización de conocimientos de los y las profesionales sanitarios/as en la práctica clínica. Observamos, asimismo, que lo que para algunas matronas consideran como una dificultad, como es el hecho de que se propongan en forma de recomendaciones y no como normas de obligado cumplimiento por suponer una dificultad a la hora de unificar criterios de actuación, para otras es una valiosa forma de individualizar los cuidados que se ofrecen considerando a cada mujer de forma única e integral, con sus propias características y circunstancias personales, sociales y culturales.

> *"Creo que refrescan un poco la idea del parto, vienen un poco a marcar una nueva forma de ver a la mujer, con una autonomía como un fin en si mismo, como una persona capaz de decidir de elegir de plantearse antes del parto qué es lo que quiere como quiere que sea su parto para luego poder decidir en un momento para dónde tirar según vayan las cosas y tomar una decisión informada tener toda la información y con el abanico de posibilidades elegir"*. Mariló.

> *"Pues yo creo que, de momento, de momento, la gente, sobre todo los médicos, tienen miedo de que las mujeres puedan pedir, de que las mujeres puedan decidir en su parto y entonces, creo, que son los que más están frenando todo este cambio, y aparte también matronas que no quieren que haya este cambio en que la mujer, pues sobre que la mujer todo tenga autonomía en que la mujer pueda decidir cómo quiere que sea el nacimiento de su hijo"*. María.

> *"Pues que eran necesarios, que siguen siendo necesarios y que siguen siendo necesario que lleguen adonde tienen que llegar, que es a todos los estamentos del sistema sanitario, no sólo a un sector que puedan ser las matronas que puedan ser las…si no llega a los que hacen los protocolos y a los que hacen las guías clínicas hospitalarias no tenemos mucho que hacer"*. Carmen.

"Los documentos están muy bien, pero la pena es que son recomendaciones, y entonces pues es muy difícil que la gente, vamos a ver, esto es un cambio de actitud, no, y claro, si no crees en eso pues es muy difícil a la gente cambiarla…". Gory.

"Pues me parecen muy interesantes, porque, en primer lugar porque lo que indican lo hacen ya desde la base de la evidencia científica, y eso para mi es lo mas importante, y luego pues, son ambiciosos se marcan pautas bastante ambiciosas, y bueno, lo más interesante es que se que no son rígidos, o sea son recomendaciones pero se adaptan, se pueden adaptar a la realidad de cada centro, aquí no se cumple al cien por cien todas las pautas que te dicen pero una gran mayoría si…". Lumy.

"Pues que están muy bien, porque cada vez que sale uno nuevo adjunta nuevas revisiones sistemáticas y eso es lo bueno porque no se estanca, y no repite sino sobre lo que hay escrito innovan que es lo bueno porque sino seria muy repetitivo y la gente se hartaría de esto, no? La gente está muy concienciada, y lo que hemos visto antes que los ginecólogos cada vez están mas pendientes de esto, porque ven que las mujeres se van mas contentas.". Lisa.

"Me parece que es un paso más en el abordaje del parto, de que se están haciendo muchas cosas muy novedosas, de que las mujeres la aceptan y de hecho cada vez están mas por ello". Fuensanta.

"Hombre, a mí me gusta, yo…quiero decir, es la evidencia científica y me gusta tenerlo cerca para un poco actuar acorde a ellos según y tener un poco esa base y que la tengamos todos, pero bueno todos no vamos por el mismo camino. Sobre todo a nivel facultativo, y a nivel cuando estás de guardia pues tienes que depender del trabajo, depende de la mujer, depende del facultativo, y de muchas cosas para seguirlo al pie de la letra. […] Tampoco es plan de echarle sólo la culpa a los facultativos, porque ellos te dan indicaciones y nosotras la atención". Raquel

"Me parece perfecto, me parece perfecto, quizás en alguno pueda discrepar, en algún punto especial que no te podría decir me tendría que leer para decirte aquí discrepo pero la opinión mía personal tan válida como la de cualquier otra, vamos. Pues hombre si desde hace unos años está la Estrategia del Parto Normal pues la coyuntura ha invitado para que se publique todo esto, claro, y además me encanta de que eso de que hayan colaborado incluso ginecólogos y tal eh, que tan reacios eran hace años a hacerlo no? por lo que comentábamos antes de que parece que quitamos una parcela de su actividad profesional". Paula.

Pero no todo son parabienes, hay quien opina, también dentro de este segundo grupo, que algunas de las recomendaciones que se incluyen son difíciles de llevar a cabo, principalmente por la jerarquía a la que reconocen ellas mismas estar sometidas, por el hecho de trabajar dentro de un hospital, sobre todo si es docente, y el techo que encuentran con algunos ginecólogos, y esto creen que dificulta el desarrollo

de sus competencias con autonomía, e incluso, aunque una de ellas reconoce que el cambio se está produciendo poco a poco, en forma de pequeñas modificaciones como el contemplar diferentes posiciones en el parto, mayor acompañamiento por parte de la pareja y el contacto piel con piel, entre otras.

> *"Creo que son un poco difíciles de aplicar algunas veces, porque te encuentras siempre con la burocracia, con la jerarquía con que hay gente que no está muy involucrada ni muy sensibilizada en el tema entonces eso igual que hay compañeros que dejan bastante autonomía y respetan mucho a la mujer, pues otros un poquito menos entonces bueno dentro de las matronas siempre te encuentras un poco de techo pues con los compañeros ginecólogos"*. Mariló.

> *"…lo peor de todo es que incluso yo lo que veo ahora que ya somos hospital docente y están los, ya tenemos estudiantes de ginecología, son incluso más intervencionistas que los ginecólogos antiguos, van como, quizás por el tema de formación que llevamos, porque cuando nos metemos en nuestras carreras tan especificas nos han dicho que tenemos que hacer, hacer, hacer, hacer, y parece que si no haces tienes que rellenar tantos ítems, he hecho tantas cesáreas, he hecho tantas ventosas, tal tal tal, entonces es más bien es observar, ver, paciencia y eso no se hace, entonces por mucho que te diga la Estrategia del Parto Normal, la Organización Mundial de la Salud…"*. Gory.

> *"Pues porque vamos a lo cómodo, a cuanto menos dolor mejor y más cuando vamos a un hospital no…nos dejamos hacer, pero porque es así el mundo, quiero decir, que no estamos acostumbrados a que las cosas nos cuesten […]Han habido pequeños cambios, ya no cae tan mal que tengan un familiar, ya no ven tan raro que una mujer esté de pie, entonces como todo, hay claves y claves, ya no se ve tan raro que una mujer pueda parir en un momento determinado de pie ni que un momento un parto se produzca en la cama, ya no es tan raro cuando dices voy a poner el piel con piel, o que un hombre pueda estar si la mujer está en la cesárea teniendo al bebé, entonces sí hay pequeños cambios, sí, las cosas como son, mucho por mejorar, pero pequeños cambios sí hay"*. Raquel.

Lo que sí afirman la mayoría de las matronas de este segundo grupo, es que los documentos descritos respaldan su trabajo a la hora de atender los partos, y que se deberían utilizar como protocolo y no como documento de consenso o de consulta. Algunas perciben incluso que cada vez se acepta más que la mujer pueda moverse con libertad durante el parto y favorecer con esto su evolución fisiológica, lo que les produce satisfacción, tanto a las mismas mujeres como a las matronas que las atienden pero contrasta con el convencimiento que expresa por ejemplo Raquel, de que el parto en el que no se interviene es más largo, con mayores demandas hacia la matrona, de

apoyo y contención, sobre todo si no conocen el poder estar de pie o parir de otra manera, lo que se puede traducir en impaciencia y falta de respeto, en un momento dado, a los tiempos necesarios para que dicha evolución sea de forma adecuada, solicitando finalmente la analgesia epidural. Otra de las matronas de este grupo apunta el cambio asistencial en relación a la menor intervención por parte de algunos ginecólogos, al realizar menos episiotomías, pero que no reconocen en esto la posible influencia del trabajo realizado por las matronas en esta línea.

> *"…pienso que todos estos documentos nos han ido ayudando poco a poco, con cada uno de ellos, que ha ido saliendo a la gente que queremos, que creemos en esta atención al parto y que queremos ayudar a las mujeres, pues para nosotros ha sido de un apoyo importantísimo, porque nos respalda en la forma de atender a los partos, y sobre todo para las mujeres, entonces pienso que son documentos muy importantes que necesitamos tenerlos a mano y que se deben de poner como protocolo y no como un documento de consenso, o documento de consulta ni nada"*. Maria.

> *"…luego lo de… pues eso, intentar lo de la pelota, las pelotas llevarlas a la habitación, que la mujer decida cuándo quiere cambiar de posición qué quiere hacer, si quiere estar de pie, de que prefiere, no sé, el darle esa libertad a las mujeres ha sido y se sienten desde luego mucho mejor y están muy agradecidas, y también importante que las matronas se han sabido adaptar a estos cambios y los han acogido con ilusión y vamos, se trabaja en gran armonía y desde luego la gente está muy satisfecha del trabajo que realiza en general"*. Fuensanta.

> *"…cuando el parto es una atención a un parto que va bien que va relativamente rápido, un parto más bien de esos que vienen por la noche y eso, pues hombre a veces podíamos hacer también más nosotras. Yo creo que es un poco un conjunto de todo, interviene el facultativo, intervienen también nosotras mismas pues más bien pereza pues son partos, cuando intervienes menos pues son partos más largos, son partos que te necesitan más, la mujer te necesita más, por la noche también estamos solas, también la mujer, tampoco viene muy concienciada con la atención al parto normal, hay algunas que sí, pero hay otras que no conocen el poder estar de pie o no conocen el poder parir de otra manera o no toleran el dolor y no quieren alternativas a la epidural…"*. Raquel.

> *"…y porque encuentran por ejemplo el simple hecho de la episiotomía, para ellos ahora es un logro no hacer una episiotomía, cosa que nosotras ya hacíamos, pero para ellos es un logro porque no tenían la suficiente seguridad por la formación que han tenido tan intervencionista, de hacer un parto sin hacer una episiotomía y la verdad es que si que se está notando, aunque no reconozcan que sea por causa nuestra, por influencia de las matronas, si se está notando bastante y se alardean de poder hacer ventosas sin episiotomía de 25 o 30 puntos como dicen por ahí que algunas veces se alardeaban incluso de eso"*. Lisa.

Algunas de las matronas del tercer grupo de van más allá, pues consideran que, a pesar de ser muy interesantes, creen que al ser recomendaciones puede que no se tengan en cuenta, o que solo se cogen partes. Opinan asimismo que el cambio de actitud es necesario, no sólo para tener los conocimientos actualizados en base a la última evidencia científica, sino que los y las profesionales tienen que creer que la forma de atender el parto y el trabajo en equipo pueden mejorar el resultado y la satisfacción de la mujer, de su familia e incluso esto puede repercutir en el reconocimiento de los y las profesionales implicados/as, en nuestro caso las matronas, tanto a nivel personal como profesional, tal y como veremos posteriormente.

"Pues creo que pasa eso porque el paritorio es un equipo y dentro de ese equipo hay gente que podían hacer más cosas y menos y a lo mejor las personas que más cosas pueden hacer no son precisamente los que te incentiven a que sigas esas Guías de Práctica ¿no?. Pues a lo mejor Jefes de Unidad y gente así que son un poco los que deberían, pienso yo, que en esos cargos debería encauzar un poco la forma de trabajar de los paritorios y todo eso, para que todos tuviésemos una uniformidad y fuésemos de acuerdo a las últimas recomendaciones que salen, y que para eso hay gente que se dedica a estudiar y a investigar para que se haga la forma de una manera lo más correcta posible". Teresa.

"Son muy necesarios, es por lo que te digo, por lo que te he dicho antes, nunca dejamos de estudiar ni de aprender, y lo que hoy pensamos que está bien, mañana está mal y entonces es bueno seguir que alguien desde fuera siga investigando y nos enseñe a los que estemos haciendo la práctica aunque luego venga yo y no me lo haya leído en un año, pero si antes o después llega y antes o después te lo lees, y si no me lo he leído tengo a mi compañero que se lo ha leído y me explica y me dice esto no es así que ha salido una cosa nueva". Manuela.

"Pues que está muy bien, y que a la hora de… o sea que siempre que sean documentos consensuados está bien, si tú quieres que toda el área o toda la región vaya en una misma línea o sea además que eso también a la larga te está evitando que haya producido de algún modo agravios comparativos entre un sitio y otro o sea que todo el mundo mas o menos actúe de la misma forma". Eloísa.

"Que sólo se cogen partes, lo que nos interesa para cada cosa, a cada uno. No lo sé, sí, creo que son miedo a las denuncias, y aquí antes no se hacía ph de cordón y desde hace un año se hace y eso se supone que ya no se debía de hacer, no se está haciendo, ph de calota fetal y se va a empezar a hacer, que sí, que a lo mejor eso son métodos para reducir cesáreas innecesarias". Maite.

Como conclusiones a este apartado, encontramos diferentes referencias al libro de la Iniciativa Parto Normal, más conocido por la mayoría de las matronas, lo que denota su amplia difusión entre este colectivo, y señalamos que los documentos más consultados son la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal, y destacamos el escaso conocimiento expresado, tanto del Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia, como del Proyecto de Adecuación de Cesáreas Urgentes y Programadas a Estándares, bien porque no están impresos en ningún documento en papel o bien porque no se ha difundido de forma sistemática y universal a todos/as los y las profesionales que atienden a la mujer en el momento de su parto, y para conseguir un buen uso deben estar disponibles y accesibles, tal y como expresa una de nuestras informantes. Otras matronas refieren que han consultado uno o varios de los mismos, con lo que observamos que en todos los grupos de matronas, hay inquietud por conocer la nueva forma de entender y atender los partos según las publicaciones tanto del Ministerio como de diferentes Asociaciones científicas, tal y como hemos comprobado e independientemente del año en el que se hayan formado.

La mayoría de las matronas entrevistadas opinan que no sólo es importante contar con documentos que avalen su trabajo para fomentar el parto normal, sino que también es necesario un cambio de actitud de todo el equipo obstétrico, fomentando la autonomía del trabajo de la matrona dentro de dicho equipo, a través del empoderamiento de las mujeres que dan a luz, con lo que se pretende mejorar la satisfacción personal de las mujeres y aumentar el reconocimiento de las matronas, no sólo por parte de las mujeres a las que atienden, sino también por el resto de profesionales y la sociedad en general.

9.2.3. Competencias profesionales

Tal y como vimos en el capítulo cuarto, la competencia engloba las habilidades, actitudes y aptitudes de una persona para desarrollar su profesión, teniendo en cuenta tanto las funciones, como las tareas derivadas de las funciones, expresando las potencialidades de la persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión y son algo más que el conocimiento que hace referencia al saber y al saber-hacer. Más concretamente, y relacionado con nuestro estudio, hemos constatado que las competencias profesionales no son sólo conjuntos de conocimientos, destrezas y aptitudes vinculados a una profesión sino que incluyen también la participación en el

entorno profesional, la organización del trabajo y las actividades de planificación, como apunta Bunk[335].

Para abordar esta cuestión, hemos indagado en el conocimiento que nuestras informantes afirman tener acerca de sus propias competencias profesionales. La mayoría creen conocer cuáles son, salvo una de ellas perteneciente al segundo grupo, que reconoce no saber lo que son las competencias. Nos llama la atención comprobar que incluso las matronas formadas con el primer Programa Formativo analizado dicen conocer, de alguna forma, cuáles son sus competencias, a pesar de que solo se contemplan como tales en el Programa Formativo publicado en el año 2009. Presumiblemente esto puede ser fruto de su formación posterior, tal y como también apunta Carmen, aunque trataremos de averiguar a qué se refieren concretamente y si creen que las desarrollan en su totalidad, principalmente aquellas relacionadas con la atención al parto normal.

> *"Yo creo que si, tampoco hay grandes cambios desde una época hasta la otra, ahora vamos avanzando porque ahora tenemos, ahora somos más y entonces poco a poco supongo que las iremos, las que hemos estado perdiendo, las iremos recuperando, pero de todas formas todavía nos queda mucho, yo pienso que el maternal tiene que ser nuestro, […]. Supongo que cuando seamos más haremos más presión y en cuanto haya más gente en el paro eso tiene que ser evidente que es nuestro"*. Vicenta.

> *"Nuestras competencias como matronas están precisamente en la Orden Ministerial del 2009 y sería como una puesta… una aplicación de los conocimientos que se han ido adquiriendo, siempre tienen como base una buena base de una competencia sería un buen comportamiento, y en definitiva para llegar a cumplir con lo que es nuestro puesto de trabajo"* . Margarita.

> *"Si, pero las conozco por formación por talleres que he hecho después. No, no tenía claro, por lo menos no las tenía claras, hasta dónde llegaban mis competencias, en qué base legal me podía yo basar para poder argumentar que son mis competencias, y lo he adquirido después*". Carmen.

> *"Si, supongo que tenemos más de las que creemos, pero conozco las básicas que son con las que trabajamos"*. Lumy.

> *"Competencias son, pues algo en lo que tú eres competente, ¿no? como lo que tus conocimientos y tu formación te permita, hasta dónde te permiten llegar esos conocimientos y ejercer tu profesión, y que son inherentes a la profesión, es decir un ginecólogo tiene unos y nosotros tenemos otros"*. María Jesús.

[335] Bunk, Gerhard. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. 1994. op.cit.

"Si, luego pasa que es complicado llevarlo, porque a lo mejor asumirlas todas o que tengas la posibilidad de que de que todas se puedan las puedas llevar tú a cabo, pero bueno, si sabemos las que son podemos luchar por ellas…". Eloísa.

"Conozco las competencias porque me he preocupado en mirarlas y en ver cuáles eran". Teresa.

"La definición de competencias sé lo que es, lo que te compete por ser matrona, lo que te compete por tu disciplina". Manuela.

También algunas matronas, tanto del segundo como del tercer grupo, hablan de responsabilidades, más que de habilidades, y de la importancia de conocerlas para poder luchar por ellas, hasta el punto que una de ellas considera sus competencias como algo vital para conseguir el reconocimiento de la profesión de matrona, aunque esto suponga acatar las consecuencias de asumir dichas competencias y con las repercusiones legales que conlleva. Por otra parte, ven imprescindible por ejemplo, informar a la mujer, y no delegar u obviar esta competencia, de manera que puede dar lugar a que se transfiera también el reconocimiento hacia otros colectivos profesionales, por lo que recomienda, una de las matronas del segundo grupo, que la matrona se presente a la mujer desde el principio de su atención, sin miedo a dar opiniones propias.

"Pues yo creo que tenemos bastante responsabilidad, bastante responsabilidad, y bueno eso enmarca también la sociedad. Te puedes proteger todo lo que tú quieras, eh puedes desviar todo lo que tú quieras, en este caso al ginecólogo ¿no? Y bueno, que sea él el que decida, pero bueno, que yo pienso que para evolucionar hay que mojarse, ¿no? y no pasa nada que tú le informes a la mujer, le digas cómo está o como crees, si le dices todo ya le informará el médico, pues bueno pues si, no te equivocas, pero la mujer acabará pensando que tú no sabes nada, y que hasta que no venga el médico que es el que manda, pues que no… que no tiene nada que hacer, entonces en fin deberíamos empezar por eso, por decir cómo nos llamamos sin miedo a que la mujer nos vaya a recordar este me dijo tal cosa y cual es nuestra opinión de lo que vemos". Lumy.

"Cuando yo ya estudié yo… eran aquellas leyes europeas que no recuerdo bien el nombre y tal pero sí que yo creo que sí que yo sé las competencias que tiene la matrona, eh, y hasta dónde puede llegar y las responsabilidades que tenemos en todo momento". Paula.

"Son vitales, para mí es vital, yo creo que para que se pueda reconocer la profesión de matrona tenemos que acatar las consecuencias de si hemos tenido un fallo yo veo justo que cuando en un parto ha habido alguna cosa, algún problema que va a juicio, si ha sido la comadrona la que ha estado yo veo justo que seamos nosotros los que vayamos, ya en el momento que tomamos responsabilidad pues no nos pueden decir […], y si

nos equivocamos, pues oye pues si eso va a tener unas repercusiones legales pues tendremos que empezar a asumirlas". Gory.

"Cuáles son tus responsabilidades, hasta dónde tienes que tomar tú decisiones y dónde se te acaban". Maite.

La mayoría de las matronas entrevistadas opinan acerca de sus propias competencias relacionadas con la atención al parto desde un punto de vista cuantitativo, es decir, si creen que las desarrollan de forma total o parcial, de manera que, encontramos que son muy pocas las que consideran que las pueden desarrollar completamente, bien porque no las dejan o porque creen que están muy limitadas o reducidas a un espacio físico determinado, en este caso la Unidad de paritorio, que si bien es el lugar en el que realizan su labor asistencial un gran número de matronas, algunas de nuestras informantes señalan que no tienen la opción de acceder a otros espacios, como son los Centros de Atención Primaria de Salud, en los que podrían desarrollar otras habilidades dentro de la atención al embarazo, puerperio o salud sexual y reproductiva. Esto es así, porque de alguna forma se ha establecido la atención a la mujer a través de su encasillamiento en espacios estancos, como explica Bodoque[336], con poca fluidez entre ambos, propiciado además por un sistema informático distinto en ambas entidades (SELENE en el Hospital y OMI-AP en Atención Primaria) que no permite la comunicación ágil entre todos los y las profesionales que le atienden en todo el proceso, lo que propiciaría una continuidad en los cuidados a la mujer muy beneficiosa para ella y su criatura. En la actualidad se está trabajando en la forma de compartir la información entre ambos sistemas a través de otra plataforma o sistema como es el sistema Ágora Plus[337].

"Yo sí, siempre que me dejan, intentar intento. Mi trabajo ahora mismo como supervisora, hay veces pues lo que te he dicho, no es fácil, pero yo intentar y luchar por desarrollarlas sí […], entonces mi gestión muchas veces es luchar porque no nos tiren más cosas encima, a la vez que otras veces pues recuperar lo mío, que es…Pues lo mío es hacer un parto que no tenga problemas….". Rosa.

"Yo pienso que sí, que efectivamente en la parte gestora, se desarrolla hay matronas que la están desarrollando, en la parte investigadora hay un grupo ahora mismo en nuestro hospital que están

[336] Bodoque Puerta, Yolanda. 2001. op cit.
[337] Noticia publicada en MurciaSalud el 6 de marzo de 2013. *La nueva Historia Clínica Electrónica conecta todos los servicios sanitarios de la Región*. [Internet] Consulta el 14 mayo 2013]. Publicada en: http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=260426&idsec=66

haciendo investigación, en la parte docente también y en la parte asistencial mucho más, claro, una proporción importante…". Margarita.

"Creo que las desarrollo en parte... nada lo veo muy pesimista, pero en su totalidad sé que tampoco…". Mariló.

Algunas matronas, del segundo y tercer grupo, opinan que desarrollan sus competencias en parte, y que son los obstetras o ginecólogos quienes dificultan este desarrollo completo de sus competencias en la atención al parto, bien porque intervienen mucho, porque presionan para que se actúe en el proceso del parto aunque no sea necesario, porque deciden instrumentarlo…en definitiva, perciben que si no respeta el trabajo de la matrona, difícilmente puede facilitar que pueda realizar todas las actividades necesarias para el adecuado cumplimiento de su competencia, sino más bien todo lo contrario.

"En parte, porque sobre todo aquí que es un hospital pequeño el facultativo interviene mucho, no todos, pero no te dejan la total autonomía, son… están continuamente controlando cómo va la mujer y que no se tuerza y que para cuanto antes, porque somos un comarcal, estamos muy pocos y entonces pues, no sé, ellos es su guardia, ellos dicen todo el rato, que bueno, en parte también nos viene bien que no eximan su responsabilidad, pero claro están todo el rato presionando, y cómo va, y ponle tal y no sé cuantos y no sé qué". Raquel.

"Yo creo que sí, yo las desarrollo en parte, porque hay algunas que no nos dejan realmente hacerlas, porque hay partos que a lo mejor tú sabes que son de bajo riesgo pero llegan los ginecólogos y dicen, bueno, ya se ha acabado, venga, va a ser una… vamos a instrumentar este parto, o vamos a hacer una cesárea, sin esperar el tiempo y sin avisar nosotros, entonces ese parto no se ha desviado de la normalidad pero están interviniendo sin necesidad". María.

"Poco, depende también del obstetra con el que estés de guardia tienes te las respetan más o te las respetan menos, porque mandan más ellos que nosotras, porque o no la supervisión de enfermería no te respalda o porque el facultativo jefe manda mucho, más que nadie, o porque no tienes un contrato estable y te crees que depende también de eso o porque el día a día en el trabajo se tiene que llevar lo mejor posible y prefieres no discutir o no enfrentarte". Maite.

"tienes tu autonomía como enfermera y como matrona ya especialista, yo creo que el parto normal nos dejan hasta cierto punto, hasta que va muy normal, o sea no da... Te tiene que venir un parto muy normal muy muy en expulsivo muy para que te dejen… Los ginecólogos por supuesto. Hay algunos que no, eh hay algunos que dan mucha libertad y dejan y son muy buenos y dejan mucha libertad y otros que no. Considero que son buenos cuando respetan tiempos, que en a lo mejor, en eso si considero que son

buenos profesionales, no buenos conmigo, cuando respetan tiempos, cuando no sé cuando a lo mejor siguen más la Estrategia del Parto Normal, y entonces ahí, al respetar tiempos y todo eso también nos respetan nuestro trabajo y nuestras competencias están mas cubiertas, pero si no lo respetan nos invaden a nosotras también terreno, es como lo veo yo que no lo sé." Manuela.

"Yo creo que en parte, y que estamos luchando por tener cada vez más, […] sí que queremos que se consigan cosas, y aunque sea un poco al principio poner mucho de tu parte sin a lo mejor recibir nada a cambio, por decirlo de algún modo pero es una función nuestra que tenemos que no podemos perder". Eloísa.

9.2.3.1. Competencias profesionales desarrolladas

Observamos que matronas de los tres grupos coinciden al considerar las competencias que más frecuentemente llevan a cabo circunscritas al ámbito hospitalario y centradas fundamentalmente en la atención al parto normal, e incluso en los partos que no son normales, o distócicos, aunque no sean atendidos directamente por ellas y, por otra parte, algunas de las competencias relacionadas con el embarazo y la lactancia materna.

"Lo que pasa es que en este aquí, estamos muy reducidas, desarrollamos nuestras competencias en el ámbito hospitalario, pero es lo que yo estudié, aquello, si me sacan fuera yo no sé ni siquiera si sabría, pero que hasta dónde sabría yo llegar si me sacaran del ámbito hospitalario, no lo sé…". Vicenta.

"El parto normal, pues bueno cuando se prevé si, eso yo creo que quizás sea lo que más hacemos pero cuando un parto de verdad es eutócico y normal y tal, sí que es verdad que a lo mejor ahí… pero hay otra parte que está muy… y por ejemplo sobre en las cosas de género y todo eso nosotros no participamos, creo que no tenemos todavía la presencia que debería tener la matrona en las asociaciones que tratan estos problemas y todo esto". Mariló.

"Pues atender los partos normales, eutócicos, y por ejemplo también los distócicos, aunque no los hagamos nosotras, pero eso sí, facilitar información a las mujeres, basada en conocimiento científico no en lo que a mí me apetece, qué más, pues consejos puerperales, es que en paritorio tampoco [...] Aquí hay tipos de parto que aquí no se pueden ofrecer, como los partos en el agua, aunque bueno, eso más que competencias serían maneras de ejercer la competencia, pero eso por ejemplo". María Jesús.

"Atención al parto normal, al parto eutócico, iniciación a la lactancia, no sé, la atención a la ginecología, también más bien la

asistencia con el ginecólogo a la ginecología, porque en ginecología tampoco tenemos mucha autonomía, la preparación al parto, la atención al embarazo normal". Raquel.

"En el paritorio desarrollamos la parte de embarazo, más la de parto y la de puerperio. La del recién nacido también en el paritorio, pero una vez que sale del paritorio la dejamos". Lisa.

Asistir el parto eutócico:

Todas las matronas entrevistadas opinan que se han formado, tanto durante la Especialidad como posteriormente, en asistir el parto eutócico, exceptuando nuevamente a Vicenta, que no ha podido actualizar sus conocimientos. Todas consideran importante esta competencia así como refieren su dominio.

9.2.3.2. Competencias profesionales a desarrollar

Por otra parte, encontramos que algunas de las matronas que hemos entrevistado, de los tres grupos analizados, nos han transmitido aquellas funciones o actividades, aunque en general hacen referencia a competencias, que les gustaría desarrollar, pero que, debido a que se encuentran trabajando en el ámbito hospitalario, perciben que no pueden, o no les dejan, desarrollarlas, y piensan que son otros/as profesionales quienes asumen estas competencias que consideran como propias y por las que merece la pena luchar para no quedarse exclusivamente "*haciendo partos y pasando Primaria",* cuando muchas de dichas competencias se pueden abordar en estos dos ámbitos, como son el abordaje de la adolescencia; la atención a la sexualidad; suelo pélvico; atención al niño hasta los veintiocho días de vida y la atención a la mujer en la menopausia, entre otras. Además, una de las matronas hace referencia a que son otros grupos profesionales los que están "quitando" competencias a las matronas, tales como fisioterapeutas, enfermería e incluso trabajadoras sociales, argumentando que es imposible desarrollar las competencias propias completamente.

"Pues la competencia, por ejemplo, yo siempre me ha gustado mucho la adolescencia, que tuviera también una guía la matrona, eso me doy cuenta que esa competencia las matronas no la quieren asumir, pero no sólo esa, no quieren asumir ninguna competencia que no sea el parto normal". Fely

"Y en cuanto a sexualidad, en esos momentos casi no nos centramos en ello, porque incluso con el tema del suelo pélvico lo hemos dejado muy abandonado que podíamos hacerlo en el paritorio, pero quizás por la carga

de trabajo, por el tiempo o porque no estemos actualizados en competencias son cosas que no se suelen hacer". Lisa.

"…hay muchas facetas que no se desarrollan, la atención al niño sano no la llevamos nosotros en una consulta por ejemplo, el seguimiento de la mujer según en qué centros de salud sí se hace de una forma más cercana y más amplia, y en otras no tanto, dependiendo un poco de la burocracia otra vez". Mariló.

"…el tema del niño, el neonato hasta los 28 días es cosa de la matrona, eso es algo que nosotras tenemos que luchar porque sea nuestro de verdad, lo que es la formación de la mujer, tanto en la menopausia, en todos los ciclos de su vida reproductiva, y de ahí hay cosas que nosotras tenemos que luchar por conseguirlas. […], si empezamos a dejarle el niño no se qué hasta los 28 días a tal, la lactancia al otro, la menopausia a…pues al final nos quedamos haciendo partos, pasando primaria así y hombre puede ser mucho más enriquecedor y mucho más bonito". Eloísa.

"Pues que son muchas pero que realmente no se desarrollan al cien por cien, entonces nos están quitando competencias pues la enfermería, las fisioterapeutas, las trabajadoras sociales, porque creo que muchos temas podríamos llevarlos a cabo pero desde luego con la demanda de matronas que hay y las pocas que hay yo creo que no vamos a hacer mucho en este sentido si siguen las cosas así. […], es imposible poder desarrollar las competencias que tenemos al cien por cien, siempre nos van a quitar campo…". Fuensanta.

Contemplamos algunas de las respuestas obtenidas en los cuestionarios acerca de algunas de las competencias relacionadas directamente con la atención al recién nacido, como son las siguientes:

Atender de forma inmediata al recién nacido para facilitar la adaptación a la vida extrauterina:

Margarita, del primer grupo y Raquel del segundo, opinan que no recibieron formación durante su Especialidad, aunque sí posteriormente, a pesar de que este aspecto está contemplado en ambos Programas Formativos. En el primero de ellos dentro de la lección 35, relacionada con los cuidados al recién nacido y su reanimación, y en el caso del segundo denominada Atención inmediata del recién nacido normal. Valoración y desarrollo del recién nacido y cuidados hasta el 28 día de vida. El resto de matronas consideran haber recibido conocimientos para desarrollar esta actividad o habilidad, bien durante su formación como matronas o una vez finalizada su Especialidad. Todas consideran importante saber atender al recién nacido y afirman dominar esta competencia.

Realizar anamnesis y detectar los factores de riesgo en el recién nacido:

Margarita opina que no se formó durante su formación inicial al respecto, aunque el resto de matronas sí. Todas reconocen haber ampliado sus conocimientos, en mayor o menor medida, durante su formación continuada, y todas, asimismo, consideran muy importante esta habilidad y también afirman dominarla de una forma u otra.

Valoración general del recién nacido y la realización de las diferentes técnicas de exploración física:

De nuevo es Margarita quien afirma no haber recibido este tipo de formación durante su Especialidad, incluida en su Programa Formativo como ya hemos comprobado, al contrario de todas las demás matronas entrevistadas. Y es Paula, del segundo grupo, la única matrona que reconoce no haber realizado ningún tipo de formación continuada en este sentido, tras conseguir su título de matrona. Todas consideran importante esta competencia y todas reconocen dominarla.

Aplicar los cuidados inmediatos al recién nacido:

Tanto Vicenta como Margarita reconocen no haberse formado inicialmente en aunque el resto sí opinan positivamente. La formación continuada es nula en el caso de Vicenta, y el resto sí reconocen su formación en este aspecto. Le otorgan mucha importancia a esta habilidad y todas creen dominarla, en mayor o menor medida.

Informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación:

Tres matronas del primer grupo, excepto Fely, refieren no haberse formado en cuanto a informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación, todas las demás matronas sí reconocen haber recibido este tipo de formación. Solo Vicenta y Mariló, del primer y segundo grupo respectivamente, afirman que no se han formado en este sentido tras su Especialidad, en cambio, las demás matronas entrevistadas han incluido este tema en su formación continuada. Todas nuestras informantes consideran importante esta habilidad y afirman que la dominan, incluso Vicenta, a pesar de reconocer que no se formó ni de forma inicial ni posteriormente en cursos de formación continuada.

Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente:

Las cuatro matronas del primer grupo, tres del segundo y una del tercero, afirman que no se formaron inicialmente en este aspecto, al contrario que las demás informantes. Con respecto a su formación continuada, tanto Vicenta, del primer grupo, como Gory, Lumy del segundo y Maite del tercero, reconocen no haber actualizado sus conocimientos al respecto, no así el resto de matronas. Todas las matronas le otorgan gran importancia a esta competencia. En cambio, en cuanto al dominio Fuensanta y Lumy creen no dominarla ambas sin formación inicial, a pesar de que Fuensanta sí reconoce haber actualizado sus conocimientos y habilidades al respecto durante su formación continuada.

En relación a otras competencias, vemos que las matronas que se dedican a la gestión dentro de la supervisión, van más allá y puntualizan muchas de las competencias que debe desarrollar la matrona como parte de sus actividades profesionales. Esto ha propiciado que hayan actualizado sus conocimientos acerca de las funciones, no sólo docentes y asistenciales de la matrona sino de investigación y gestión, que contrasta con las opiniones generalizadas de las informantes que se encuentran directamente relacionadas con la atención al parto, e incluso algunas llegan a considerar su función de gestión en la supervisión como un trabajo meramente administrativo. También recogemos la importancia otorgada al trabajo en equipo y a la comunicación entre profesionales y pacientes, así como el registro de todas las actividades realizadas como habilidades desarrolladas. Constatamos que dos de las matronas del primer grupo son supervisoras, debido, por una parte, a su dilatada experiencia personal y profesional y, por otra, a que no hemos encontrado un gran número de matronas formadas con el primer Programa Formativo analizado que se encuentren trabajando en la actualidad en los paritorios de la región desarrollando exclusivamente la función asistencial.

> *"La competencia que más desarrollo ahora mismo, es que ahora estoy en un puesto que... lo que estoy desarrollando es la gestión, es una de las que, una competencia que tiene la matrona pero que no la habíamos, que yo no la había desarrollado nunca, y ahora que estoy desarrollándola veo que tenemos un campo impresionante para trabajar en gestión. Estuve veintiún años en docencia [...] o sea que yo creo que he desarrollado todas, las competencias. La docente, la investigadora con trabajos que he hecho, la de gestión y la clínica".* Fely.

"Atención en el binomio madre-recién nacido, una atención a la salud de la mujer y la familia, una atención… asistencia en los recursos humanos, en los recursos materiales, una asistencia a la…no es la palabra asistencia, a las actividades docentes, actividades investigadoras, y implementarlas con las habilidades que vamos aprendiendo con un desarrollo de una ética profesional, y de una…un saber trabajar en equipo, una comunicación entre profesionales, una buena comunicación con los pacientes, somos competentes también para hacer registros de toda la actividad que realicemos y siempre basados en una práctica clínica basada en una evidencia científica, y para esto usamos también unos medios y la tecnología adecuada". Margarita.

"Pues en parte, yo hombre no tengo mucho contacto con las mujeres, vamos a ver intento un poco en el paritorio solapar la figura de alguna cuando hay mucha carga asistencial […], intento hacer una labor pues eso medio asistencial medio administrativa siempre que el trabajo administrativo me deja porque me absorbe". Fuensanta.

"Pues ahora mismo yo creo que vamos un poco, o sea yo voy un poco saturada, pero vamos intentando hacer poco a poco todo lo que se pueda o sea bueno está lo que es el trabajo puramente administrativo que es hacer tus turnos, planificarlo todo, planificar el tema de la primaria, que te cuadren los centros de salud con los turnos del hospital, eso por un lado, que es la parte a lo mejor más fácil pero más aburrida, y luego pues también mucho mediar dentro de de las posibilidades que nosotros tenemos con la dirección de enfermería para conseguir ese tipo de cosas". Eloísa.

Por otra parte, y a pesar de que la atención, asistencia o control del parto normal es la competencia que más se repite en los discursos de nuestras informantes como la más desarrollada por las matronas, como ya hemos comprobado, en algunas ocasiones afirman que no la pueden llevar a cabo completamente, bien porque no las dejan, o porque consideran complicado establecer en algunas ocasiones cuándo un parto es verdaderamente normal, o de bajo riesgo, para poder atenderlo completamente. En cambio, todas nuestras informantes, se consideren preparadas para realizar la detección del riesgo y poder informar al ginecólogo/a cuando el proceso se sale de la normalidad para que se haga cargo del mismo.

Observamos, además, cómo se considera la atención al parto, no sólo durante el nacimiento, sino también en el embarazo, postparto y el puerperio, como algo que engloba mucho más que el mero control, incorporando la importancia de la información y la comunicación a la mujer sobre su proceso y la tranquilidad que le genera y que se traduce en confianza en el o la profesional que la atiende, y esta consideración es independiente al grupo al que pertenece cada matrona. Destacamos el

entrenamiento necesario para realizar una adecuada toma de decisiones, como es la necesidad de administrar una medicación o, incluso, la prescripción de medicamentos (tema debatido aún sin reconocer para los profesionales de la Enfermería, con lo que en la actualidad aún se precisa de la indicación médica, no sólo de antibioticoterapia, sino también en cuanto al uso y manejo de oxitocina y/o prostaglandinas empleadas para conducir o inducir un parto). La asistencia al parto o quizás más adecuadamente sería atención a la mujer que está de parto, se emplea como parte de ese control, e incorpora al ginecólogo en determinadas consultas durante el embarazo normal. Se añaden otras actividades, como son la sutura de la episiotomía, reanimación neonatal básica, educación maternal, ambas forman parte del proceso de atención al parto, y, en otra línea, la detección de cáncer de mama y la atención a la mujer durante la menopausia incluidas dentro del Programa Integral de Atención a la Mujer:

> *"Yo creo que la principal o al menos la que yo más me he centrado en mi carrera profesional sería de la atención madre-hija en el periodo de gestación, parto y postparto*". Margarita.

> *"Pues, yo, vital, imprescindible, la asistencia al parto normal, la valoración del riesgo de una mujer y saber hasta dónde llego, si cuando hay algún problema es cuestión del ginecólogo como competencia… educación sanitaria, es que educación sanitaria a la mujer gestante embarazada, es que educación no me gusta, me gustaría más otra otro término. […] Todas mis competencias están en eso, en el asesoramiento en la edad reproductiva de la mujer, desde la adolescencia hasta la menopausia y poder entender cuando una cosa se sale de la normalidad mandarla al ginecólogo que es el que está ahí capacitado, pero es que ni el parto normal nos lo dejan los ginecólogos"*. Gory.

> *"Con la competencia de las matronas, una de ellas es la del control del embarazo, control, bueno, más que control es llevar atención al parto normal o de bajo riesgo, detección de anomalías o de riesgo, para informar al ginecólogo para que pueda venir a, para que él ya se haga cargo del proceso cuando sale de la normalidad, lo último que tenemos según lo último tenemos es la prescripción enfermera que también entramos ahí las matronas, y más competencias"*. María.

> *"Pues prácticamente las funciones, como se basan en las competencias centrado lo que es el parto, en el paritorio. Funciones…pues: control fetal, control hemodinámico de la mujer, control del niño, la atención al niño, la atención a la familia, porque en todo momento se le está informando, atención al marido, atención a la pareja, pero atención, es que la atención lleva tanto…o sea es: entrar, informar, decirle en qué consiste lo que va a pasar, estás constantemente informando, o sea, esa función que es informar esta todo el rato, continuamente. Yo creo que es la más*

importante porque de ahí deriva la tranquilidad y la confianza que la pareja deposita en ti, en esa información". Lisa.

"Asistencia al parto normal evidentemente, el control de embarazo junto con el ginecólogo en las consultas pertinentes […] Evidentemente la sutura de episiotomía, es competencia nuestra, la reanimación neonatal básica, la atención a la mujer durante la menopausia". Paula.

"Pues así, de manera puntual, no sabría decirte pero de manera general y yo creo que ahí ya abarca todo, pues que una matrona está capacitada para hacer el seguimiento, atención al parto y puerperio de cualquier embarazo normal de bajo riesgo y a término, y ahí dentro de eso pues imagínate todo lo que puedes incluido pues todo lo que es la salud reproductiva de la mujer pues a lo largo de su vida". Teresa.

"Pues a la hora de que atender a una mujer que viene, cuándo sabes si está de parto o no está de parto, si la tienes que atender tú, si la tiene que ver el ginecólogo, o en qué momento si decidir, bueno decidir no pero saber valorar si necesita un antibiótico, aunque tú no puedas indicarlo, si convendría poner oxitocina, o unas prostaglandinas pero aunque tú no puedas indicarlo sí que sabes distinguirlo, y por eso sabes hasta dónde llega tu competencia, o poner un antibiótico aunque no sea por un estreptococo, si es por prematuridad, pasa es que llega un momento que de como si dejas de hacer esas cosas porque hasta de pensarlas se te olvidan". Maite.

"El parto normal lo hacemos nosotras, el desarrollo del parto normal, siempre y cuando nos dejen por lo que he dicho antes, es que como eso lo engloba todo. […] Yo hago anamnesis de la embarazada, educación sanitaria, educación para la salud, y el monitor, el registro, y ya está, bueno y analíticas y todo eso, y ya técnicas, pero en principio anamnesis y educación para la salud que eso es nuestro también". Manuela.

Realizar y suturar la episiotomía, en caso necesario:

Todas las matronas afirman que la formación en esta competencia estaba incluida dentro de su Especialidad, y la formación continuada nula de Vicenta contrasta con el resto de matronas que sí reconocen haber actualizado sus conocimientos en esta materia. La importancia y el dominio de esta habilidad es adecuada para todas las matronas.

Realizar, en caso de urgencia, la extracción manual de placenta y el reconocimiento manual del útero:

La mayoría de las matronas entrevistadas afirman no haber aprendido a extraer de forma manual la placenta y el reconocimiento manual del útero en caso de urgencia durante su Especialidad ni posteriormente, aunque también encontramos alguna matrona de cada grupo que afirma haber recibido algún tipo de formación sobre

esto. Casi todas opinan que esta competencia es muy importante, excepto Maite, y cuatro matronas del segundo grupo, que destacan su amplio dominio de la misma, Lumy, Lisa, Paula y Maria. Del resto de matronas señalamos que las cuatro matronas del primer grupo creen dominar de forma regular, esta práctica, pero, en cambio, tres matronas del tercer grupo, consideran que no saben llevar a cabo esta habilidad, a pesar de estar contemplado en el Real Decreto 1837/2008[338], concretamente el punto g) del capitulo 55, como una de las actividades profesionales de la Enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica, (Matrona) como vimos en el capítulo quinto; con lo que comprobamos que no se reproducen en el Programa Formativo todas las actividades que se proponen en la Directiva 2005/36/CE,

> g) Reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a éste; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida, en su caso, del reconocimiento manual del útero.

Ejecutar los niveles de reanimación neonatal que precise:

Según Margarita, durante su Especialidad de matrona no recibió formación sobre ejecutar los niveles de reanimación neonatal, aunque sí posteriormente. Todas las demás matronas entrevistadas sí reconocen haberse formado tanto durante su titulación como matrona como dentro de su formación continuada. Todas consideran importante esta competencia y la dominan todas de alguna forma.

Evaluar el estado general materno:

Todas las matronas afirman que han recibido formación durante su Especialidad al respecto, en cambio, una matrona del primer grupo, Vicenta, y dos del segundo, Paula y Mariló, apuntan que no han realizado formación continuada en este aspecto, y aunque todas consideran importante esta competencia, Paula reconoce no dominar esta habilidad.

Realizar apoyo psicológico a la mujer y su pareja:

Una de las actividades más reconocidas de la matrona en la atención al parto por parte de las mujeres es realizar un buen apoyo psicológico a la mujer y su pareja,

[338] Real Decreto 1837/2008, op cit.

fundamental asimismo para que no se produzcan casos de intrusismo por parte de otras figuras que puedan ofrecer este tipo de apoyo, aunque en nuestro estudio no vamos a profundizar en esta circunstancia. En este apartado, seis de nuestras informantes, tres del primer grupo y otras tres del segundo consideran que no recibieron formación al respecto durante su Especialidad. En cambio, la proporción cambia un poco en su formación continuada, siendo nula en el caso de dos matronas del primer grupo y una del segundo. A pesar de esto, todas las matronas consideran importante esta actividad y opinan que la dominan, por lo que pensamos que aprenden de otras formas a desarrollarla.

Seguidamente, queremos resaltar el término utilizado por parte de una de nuestras informantes acerca de la *conducción* del parto, es decir, comprobar su evolución y ayudar o intervenir para que evolucione de forma normal, tal y como observaba Caldeyro Barcia[339] en lugar de fomentar y favorecer su evolución fisiológica. Y no sólo se emplea este término para el parto, sino que se hace extensivo al embarazo y al puerperio, procesos fisiológicos, asimismo, que no son susceptibles de conducir, pero sí de controlar o atender, en una dimensión global e integral como parte de una mujer con una serie de circunstancias personales, sociales, familiares y laborales, a tener en cuenta por parte de los y las profesionales sanitarios/as que la atienden.

> *"La conducción del embarazo, el parto y puerperio normal, la atención al recién nacido sano, formación en lactancia materna, formación a otras residentes, investigación…"*. Raquel.

En otro orden de cosas, vemos cómo hay matronas del segundo grupo que consideran la principal competencia de la matrona, toda la salud sexual y reproductiva de la mujer, desde la infancia hasta la menopausia, en la que se incluye la atención al embarazo, parto y postparto normal, e incluso contempla la ayuda a otros/as profesionales cuando no es un parto normal, la atención al recién nacido hasta los veintiocho días de vida, lactancia materna, recuperación del suelo pélvico y su mantenimiento en mujeres sanas. Se recoge el aviso a otros profesionales responsables cuando se desvía de la normalidad, con el convencimiento de que hay otra persona responsable a quien se puede consultar, y nos resuena la expresión que citan de estar "*por encima*".

[339] Caldeyro-Barcya, Roberto. 1979. op cit.

"Pues las competencias de la matrona es que es toda la salud sexual y reproductiva de la mujer desde la infancia hasta la menopausia, desde la formación en sexualidad hasta las consultas preconcepcionales, el seguimiento y el control del embarazo y del parto normal, del posparto normal, la ayuda o asistencia junto con otros profesionales cuando no es un parto normal, el seguimiento del recién nacido los veintiocho primeros días de su vida, la lactancia materna y su proceso, la menopausia, la recuperación del suelo pélvico y el mantenimiento en las mujeres sanas, etc.". Carmen.

"Pues competencias, en salud reproductiva, en el embarazo, parto, puerperio, a lo largo de toda la vida de la mujer desde el nacimiento hasta la senectud, la menopausia, pues todo lo que tiene que ver con la salud reproductiva de la mujer y bueno pues no sé qué más". Fuensanta.

"Bueno pues, por ejemplo, el control del embarazo y el parto normal, el la o sea la parte legal a la hora, por ejemplo, de hacer una inscripción de un nacimiento, y bueno en general son esas, aparte todo lo que salga de ahí sabes que hay otro responsable por encima al que le consultas, pero fundamentalmente el control de lo que sería lo normal y informar de la desviación ¿no? de esa normalidad".Lumy.

"Las competencias de las matronas, hombre, son muchas, pero se centran sobre todo en la salud sexual y reproductiva de la mujer y de la comunidad, no solamente de la mujer sino también tiene que atender a la pareja y al resto de la comunidad, las personas que rodean a esa mujer y también la atención al niño sobre todo el primer mes de vida, y bueno yo creo que con eso abarca casi todo lo que tiene que ver con las matronas." Lisa.

Las opiniones que las matronas entrevistadas expresan acerca de sus propias competencias nos plantean si las matronas realmente conocen qué son las competencias y en qué momento las desarrollan, porque esto hace que sus percepciones influyan en sus sentimientos. Algunas de las matronas creen que si no asumen todas sus competencias, algunas podrían desaparecer.

"*Mi opinión personal que sí que tenemos todas esas competencias que exigimos, pero que si no, si no las asumimos van a desaparecer las competencias, porque yo aquí ya en mi servicio ya lo dije, tenemos que asumir urgencias…"*. Fely.

En cuanto a los cuidados en el área de la ginecología, hemos observado que una de las matronas del primer grupo, destaca la escasez de conocimientos adquiridos durante la Especialidad al respecto. Creemos que cada matrona tiene en cuenta también su formación posterior, y sus propias inquietudes y aspiraciones, tal y como hemos comprobado en el bloque de Formación, y que, en un momento como este, en el que los

puestos de trabajo escasean, afirman que no se puede renunciar a una parte de las funciones propias de su Especialidad, como es trabajar en las plantas de maternidad.

> *"La gente no quiere asumir urgencias de ginecología y yo pienso que una matrona tiene que asumir urgencias de ginecología y de obstetricia, de las dos, entonces ahora lo asumen todo y se han dado cuenta que realmente si, pero por qué, porque tienen miedo a perder su puesto de trabajo, nada más. Ahora ellas lo van asumiendo pero quizás forzadas por la situación de crisis que hay que no hay dinero, que van a faltar contratos, que a lo mejor quitan algunos contratos […]. Tener matronas incluso en la planta de obstetricia, que se quede la matrona, no a lo mejor todos los tiempos de enfermería, pero sí una matrona de turno de mañanas y poquito a poco así empezar hasta que roten, ahí estuvieran todas las matronas"*. Fely.

Algunas matronas del segundo grupo consideran que el desarrollo de sus competencias es escaso, y creen que las mujeres se quedan cortas en cuanto a su atención, con la percepción de que podrían hacer mucho más, pero que con las cargas de trabajo se ven limitadas, lo que se traduce en no poder ofrecer otras cosas a las mujeres, aunque posean las habilidades adecuadas para esto. Esto produce diferentes sentimientos en ellas, como miedo por aceptar un mayor riesgo en ocasiones, porque supone más esfuerzo; frustración al no poder desarrollarlas completamente pero que se puede traducir en satisfacción al asumir las competencias propias e, incluso, en sentimientos de valoración al considerar que su opinión tiene peso. En el caso de Vicenta, vemos que, aunque se siente satisfecha, cree que podría hacer más cosas si todo estuviera menos mecanizado, o si las mujeres fueran más preparadas para enfrentarse a un parto normal, con lo que cree que se sentiría mejor, esto, teniendo en cuenta que se ha formado con el primer Programa Formativo analizado, nos hace ver que ha modificado de alguna forma su forma de trabajar a lo largo del tiempo, puesto que su formación estaba basada principalmente en la medicalización y la instrumentalización del parto, tal y como hemos observado en esta investigación.

> *"Yo pienso que todas nuestras competencias que tenemos como matronas tenemos que asumirlas, pero claro aunque nos den miedo muchas de ellas, porque claro supone, supone estar más pendiente de una mujer, supone a lo mejor más riesgo para nosotras pero también más satisfacción el trabajar asumiendo nuestras competencias…"*. María.

> *"Deberíamos asumir más, creo que las mujeres muchas veces se quedan un poco cortas, podríamos hacer mucho más. Porque cuando tenemos, por ejemplo, muchas cargas de trabajo o a lo mejor te ves limitado de que no les puedes ofrecer ciertas cosas a las mujeres, pues ahí eso se refleja, es decir, tú eres competente a lo mejor en eso, pero no se lo puedes*

ofrecer a las mujeres, entonces, ahí tu práctica se ve mermada es decir, no puedes hacerlo todo lo bien que tú podrías". María Jesús.

"…yo sí que me siento, donde yo trabajo, eh, mis compañeras me parece que también, nos sentimos valorados en ese aspecto, eh, me imagino que en otros hospitales a lo mejor más masificados donde hay mucha mayor rotación de personal nuevo con inexperiencia, etcétera, pues posiblemente pueda haber cierta frustración en el trabajo, de que tu opinión con veinte años de profesión, etcétera, pues se quede en saco roto y no se te tenga en cuenta, entonces a mí me parece muy importante trabajar en ese ambiente…". Paula.

"Yo me siento satisfecha, pero al mismo tiempo creo que en este en este medio trabajamos muy cómodamente, tendríamos más capacidad de maniobra si tuviéramos menos asistencia médica, pero así estamos por un lado muy seguras porque tenemos todo controlado, pero, por otro lado, pues podríamos hacer más cosas si tuviéramos menos mecánica. Pues a menos monitores, a menos phs, a menos se podría… a menos epidurales si alguien más viniera preparado para enfrentarse a un proceso normal de parto, probablemente te sentirías a lo mejor más realizada como ser humano, aquí está todo muy encasillado". Vicenta.

Por otra parte encontramos sentimientos de saturación, e incluso la sensación de estar en permanente lucha, tal y como refieren algunas matronas de los tres grupos, para recuperar y no perder, puestos, funciones y competencias. Alguna de ellas considera que las competencias de la matrona están bien reconocidas, sobre todo para las mujeres, que buscan en ella asesoramiento, aunque por otra parte también sienten frustración e insatisfacción, sobre todo cuando reconocen que la mujer se podría beneficiar de otras cosas que no se le pueden ofrecer, a pesar de que la matrona esté formada, o al recibir órdenes en determinadas tareas que ya asume como propias previamente, y por otra parte vemos cómo Eloísa, del tercer grupo, afirma que hay un grupo bastante grande de profesionales que está predispuesto al cambio, a mejorar la asistencia.

"*Pues creo que son súper importantes, tanto a nivel social, que creo que están muy bien reconocidas, como a nivel la relación de matrona-mujer que también creo que nos tiene considerar cualquier mujer conoce la competencia de la matrona, nos consideran, nos preguntan, buscan el asesoramiento en nosotros, y luego la parte que más conozco que es la específica del parto, creo que somos un pilar súper importante en el ejercicio de la obstetricia"*. Margarita.

"*Pues en ese momento, yo poco a poco he ido cambiando el chip, porque al principio me afectaba más, pero ya últimamente he decidido no sufrir, porque dices bueno no es justo que una mujer tenga que pasar por un parto instrumentado cuando no lo necesita, y que la mujer esté indefensa*

porque a lo mejor no conoce, no sabe que puede decir: no, me niego, voy a esperar un poco más, porque esto podemos dejarlo dos horas más". María.

"Te frustra un poco, te frustra un poco porque algo en lo que tú te has formado y eres capaz de hacer y sabes que a la mujer le viene bien y la va a hacer más feliz, por lo menos ese día del parto de su hijo o su hija y tú ves que no se lo puedes ofrecer, pues es como…te acostumbras, porque te acostumbras, y ya está y es tu trabajo del día a día al final te haces a todo, pero, a veces te vas a casa y dices "pues yo aquí lo podría haber hecho mucho mejor si hubiera tenido esto esto y esto" no te vas llorando por las esquinas ni te deprimes pero sí te lo planteas de vez en cuando". María Jesús.

"A mí pues insatisfacción muchas veces. Porque que tengan que decirte lo que tú ya sabes creo que incomoda a mucha gente, que si viene una señora de parto y te dicen: "cógele una vía, tal" ya sé de sobra que hay que cogerle una vía en el momento que hay que cogerle una vía, o como el otro día, "¿se puede pasar a la señora a quirófano? Sí" que te digan: "llama al celador", digo: "ya te he oído, que se puede pasar la señora a quirófano", pregúntame primero en todo caso si la señora está preparada para pasar a quirófano, que yo ya sé que tengo que llamar al celador. Que yo no sé si es cosa de jerarquía de burocracia de caracteres o de qué". Maite.

"si no se nos apoya que se nos respete […]. Las cosas van poco a poco y bueno, lo que yo sí que veo que, por lo menos, el sentimiento que yo tengo es que la gente, hay un grupo bastante grande que está muy predispuesto a los cambios y eso es, a los cambios no, o sea a mejorar o a hacer cosas, un poco eso, pues eso, mejorar, si, en un momento dado mejorar, la gente está por la labor…". Eloísa.

Todos los sentimientos que nos describen nuestras informantes, nos llevan a observar cómo el modelo intervencionista y medicalizado se traduce en numerosas ocasiones en frustración, por considerar que la realización de su profesión llega a ser un acto meramente mecanizado, que no se traduce en satisfacción personal ni profesional, nada más que cuando se sienten valoradas o respetadas por las mujeres a las que atienden, y en menor medida por otros/as profesionales como veremos en un apartado posterior.

El hecho de que algunas de las matronas consideren que sus competencias están mal aplicadas dentro del sistema sanitario, nos hace pensar que es el mismo sistema el que no favorece la implementación y/o el pleno desarrollo de las mismas, puesto que se limita a permitir que la matrona ejerza un control de embarazo y parto, dejando el resto de competencias y/o actividades para las que están preparadas inhibidas o limitadas de alguna manera. Pensamos que no solamente influye el sistema en sí, sino

también la costumbre de trabajar de una determinada forma, dentro de una jerarquía y en un modelo instrumentalizado, en el que los y las profesionales no se atreven a poner en práctica todas sus competencias, y sienten por esta circunstancia que se resta importancia a su trabajo dentro de un equipo multiprofesional.

> *"Mi opinión es buena, lo que pasa es que no siempre se puede por lo que te he dicho, hay colectivos que a veces no te dejan, tú te pones a investigar tú sola y tú ponte: "qué estás investigando?¿Esto qué? Ya sabes, el trabajo de la enfermería ha estado como un poco guiado por otros colectivos y entonces en el momento que te sales de palma o que creen ellos, dónde vas, vamos a una sesión clínica, y digo yo, bueno en una sesión clínica puedo participar yo también porque es que ese parto lo he hecho yo, es como un poco si entras me quitas a mí categoría y la coges tú, no sé cómo explicar eso"*. Rosa.

> *"Están muy mal aplicadas, sobre todo en el sistema público, en el sistema público la matrona se está limitando a control si acaso de embarazo sano y parto y el resto está totalmente inhibido, se está empezando a actuar un poco más en lactancia, se está empezando a actuar un poco más en climaterio, pero toda la parte anterior, por ejemplo, la preconcepcional, la sexualidad, la educación está totalmente olvidada, y el puerperio se está empezando también a recuperar pero sigue estando muy en desventaja con respecto al embarazo y el parto."* Carmen.

.

Seguidamente vamos a analizar los discursos obtenidos a partir de los cuatro incidentes críticos que hemos realizado, contando con otras cuatro matronas que también desarrollan su trabajo en el ámbito hospitalario, que nos aportan una visión desde otra perspectiva de las competencias profesionales de las matronas. En ello hemos podido contemplar sus percepciones también desde la fenomenología, pero centradas en las circunstancias que rodean el momento elegido como forma atender el parto y el efecto que tiene la evolución y el desenlace del incidente en los sentimientos y emociones de las matronas participantes

9.2.3.3. Incidentes críticos

Como ya vimos en el octavo capítulo, los incidentes críticos son acontecimientos imprevistos, inusuales, que provocan consecuencias anormalmente buenas o indeseables que nos impactan por su buen o mal curso y que provocan la reflexión, nos puede ayudar a conocer la competencia profesional[340], de sujetos

[340] Yáñez G, Rodrigo. López-Mena, Luis Reyes R, Fernando. La técnica de incidentes críticos: una herramienta clásica y vigente en enfermería. Ciencia y Enfermería XVII (2): 27-36, 2011. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_04.pdf

seleccionados y recoger sentimientos y emociones que le produce, no solo la situación concreta sino lo que se produjo a raíz de ella, principalmente actitudes desarrolladas por parte de la matrona informante y de los y las profesionales presentes en el momento seleccionado, y cómo influyen todos estos elementos en la puesta en práctica de sus competencias profesionales. Hemos obtenido de cada uno de los incidentes un informe de autorreflexión con la descripción del suceso, las emociones despertadas, la actuación del/de la profesional implicado/a, el resultado de esa actuación y los problemas y dilemas que se plantean fruto de dicha actuación, finalizando con las enseñanzas del caso, resumiendo los informes y extrayendo solo aquellos fragmentos que más nos acercan a nuestro objetivo de estudio, como son las competencias profesionales destacadas por las matronas participantes y las emociones que producen en ellas su mayor o menor desarrollo en las diferentes situaciones que han seleccionado. Con el resto de información obtenida podremos continuar investigando en esta línea.

Consideramos esta técnica no sólo una forma pertinente para recoger información valiosa para una investigación, sino también como vehículo para manejar y procesar sentimientos, tanto positivos como negativos, de los y las profesionales sanitarios, a la hora de mejorar su saber estar y saber ser como parte de su desarrollo profesional y personal.

1. Primer incidente crítico: Contacto piel con piel y no lactancia materna

En primer lugar, hemos analizado una situación en la que se induce el parto a una gestante debido a una rotura de membranas de más de 24 horas. Esta circunstancia a pesar de que no tratase de un parto normal propiamente dicho, genera en nuestra informante una serie de emociones y sentimientos a la hora de desarrollar sus competencias que vamos a analizar. Lourdes (nombre ficticio) nos explica las circunstancias por las que, debido a que la evolución de la inducción del parto no es satisfactoria, el/la obstetra decide realizar una cesárea. Esta finalización del parto produce en la mujer un sentimiento de tristeza porque deseaba un parto vaginal, y tras la actuación de Lourdes en la que escucha a la mujer y la tranquiliza, se sorprende de que la mujer no haya decidido previamente si va a dar lactancia materna a su hija recién nacida, y prefiere esperar a ver qué ocurre. Tras animar a la mujer y a su pareja a

realizar el contacto piel con piel con el bebé, los nuevos padres deciden no dar este tipo de alimentación a la recién nacida, lo que produce en Lourdes sentimientos de malestar por no haber conseguido su objetivo. Ella ve una incongruencia querer un parto vaginal y no querer todo lo que implica, según ella misma nos refleja: *una crianza respetuosa con su recién nacida.* Y es que el proceso del apego comprende diferentes matices y aspectos que precisan de un contacto corporal estrecho entre la madre y su criatura, y parece que la corriente de lo natural debe llevar a que se elija todo lo que esta matrona cree incluido: parto vaginal, contacto piel con piel y lactancia materna.

> *"A mí lo que me llevó a darle vueltas al tema fue la incongruencia: mamá que quiere tener un parto vaginal aunque lleve 20h de inducción y el monitor esté regular (y no está satisfecha con la decisión de tener una cesárea) y que luego se plantea que dará el pecho cuando mire detenidamente a su bebe y según lo que sienta dará o no. […]Yo esperaba que unos padres que quieren parto vaginal y piel con piel, que también siguiesen con una crianza normal (madre sana) que sería seguir con la lactancia materna. […]. El nacimiento respetado va unido a una crianza de respeto máximo para el bebé, con ello me refiero a la dedicación de esa familia al bebé, a dar protección, calor, cariño, alimento (el mejor),... Si deseamos respetar la fisiología del nacimiento no podemos ignorar la de la alimentación"*. Lourdes.

La negativa de la madre a dar lactancia materna genera, en nuestra informante, sentimientos de sorpresa, frustración y rabia al no conseguir lo que ella considera que es lo mejor para la recién nacida.

> *"En esta situación todo el mundo actuó como se debería actuar en cualquier nacimiento pero la sorpresa para todos fue la respuesta de la madre a la lactancia materna, lo cual te hace pensar y por lo menos yo he decidido que mi lucha la hago yo y cada pareja debe de hacer la suya, que no me interesa meterme en defender actuaciones o acusar otras porque luego salen con* esto *que me encontré. Para mí fue una situación muy triste. […] Realmente no creo que haya fallado como profesional, lo que creo es que mi concepto de maternidad muchas veces no está reflejado en los nacimientos en los que participo y eso me lleva a esta situación de malestar"*. Lourdes.

Llegando a reconocer la posibilidad de querer transferir a la mujer sus propias convicciones o percepciones, a la hora de entender o atender el proceso del nacimiento, y esta situación le genera insatisfacción, sensación de que lucha por lo que ella cree. Una de las competencias que hemos analizado, favorecer y apoyar la lactancia materna, no debería contradecir el apoyo psicológico a la mujer y a su pareja; el apoyar

las decisiones informadas de la mujer y su pareja, así como el favorecer la participación de los padres en el proceso del parto. Por lo que, una vez que se han puesto en práctica dichas competencias, la decisión última e informada, la toman los padres, aunque esta decisión sea contraria a la de la profesional que atiende a la mujer en su parto, y esto genere en nuestra informante sentimientos de rabia, al considerar que ha luchado por algo en lo que ella cree.

> *"A veces siento que yo actúo por como deseo o concibo el nacimiento y la crianza olvidándome muchas veces que eso es lo que yo quiero, pero quizás esa pareja no considere que sea lo mejor para su proceso. Por eso digo que yo hago mi lucha y que quién desee algo distinto tiene que investigar, leer, informarse, asesorarse y luego luchar por eso que quiere.[…] Aún me da rabia lo que me pasó, porque a veces caigo en el error de llevar mis ideas sobre el nacimiento y la crianza a parejas que no le dan nada de importancia. Ante todo creo que seguiré respetando las decisiones de cada pareja aunque me parezcan lo peor de lo peor"*. Lourdes.

Las competencias que Lourdes afirma ha desarrollado durante este incidente forman parte de las que hemos enumerado dentro de la atención al parto normal; por una parte el control y cuidado durante todo el proceso de parto, a pesar de que se tratara de un parto inducido, identificación del recién nacido y fomento del contacto piel con piel con la madre y el padre, además de colaborar en la cesárea que se realizó finalmente.

> *"Yo creo que sí que desarrollé mis competencias y que animé al resto de sanitarios a desarrollarlas también, y todos dijeron que sí. […] Control y cuidado durante todo el proceso de parto, asistencia en la cesárea para la identificación del recién nacido e inicio del contacto con la mamá y luego con el padre"*. Lourdes.

Por último, considera fundamental que los/las profesionales deben llevar a cabo una formación actualizada y continua sobre lactancia materna para favorecer el desarrollo de sus competencias.

> *"Si todos los profesionales tuviésemos esa formación mínima en cuanto a la atención a la mujer y al recién nacido no surgirían estos problemas. La forma de animar a los padres es formándose durante el embarazo, es triste, pero muchos no quieren saber mucho y simplemente confían (por comodidad) en lo que los profesionales decimos. […] tenemos que tener formación adecuada si vamos a trabajar con mamás y bebés"*. Lourdes.

De este incidente extraemos la dificultad o choque que se produce cuando un/a profesional sanitario/a, en este caso nuestra informante, pretende que la mujer y/o su pareja tomen la decisión que ella, por su formación y experiencia previa, considera que es la mejor para el cuidado del recién nacido/a, dentro de lo que podríamos denominar modelo actual que propugna la Estrategia de atención al parto normal, favoreciendo contacto piel con piel y lactancia materna. Por otra parte observamos que, el hecho de que la decisión final sea contraria a sus convicciones firmemente fundamentadas, produce en esta matrona unos sentimientos que le condicionan, en circunstancias posteriores, a no fomentar sus conocimientos y creencias, sino facilitar que tomen las decisiones informadas y aceptar dichas decisiones, sean las que sean.

Con respecto a la información extraída de este incidente, vemos las respuestas obtenidas en los cuestionarios.

Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de parto:

La promoción de la participación de los padres y/o parejas en el proceso del parto es un concepto relativamente nuevo que no se contempla en los dos primeros Programas Formativos analizados. Por esto corroboramos, a través de los cuestionarios realizados, que las matronas pertenecientes al primer grupo consideran que no recibieron formación especializada sobre este aspecto. Creemos que esto estaba influenciado por la escasa participación que se les otorgaba a las parejas en el sistema sanitario durante el proceso reproductivo en ese momento, y tres matronas del segundo grupo también afirman que no han recibido esta formación, Lumy, Gory y Fuensanta. Posteriormente, casi todas las matronas han actualizado sus conocimientos, a excepción, según ellas mismas nos transmiten, de Vicenta, del primer grupo, y María Jesús, incluida en el segundo, aunque ella misma refiere haber recibido formación en esta competencia, durante su especialidad de matrona. La importancia que le dan a esta competencia es elevada y el dominio que creen tener de la misma también importante.

2. Segundo incidente crítico. Cesárea electiva por doppler patológico

En el segundo incidente crítico analizado, Esperanza detecta una bradicardia[341] fetal a través de la monitorización de una gestante a cuyo bebé se le ha diagnosticado un doppler[342] patológico, por lo que la ginecóloga responsable decide realizar una cesárea de urgencia, y destaca el trabajo en equipo en el que afirma desarrollar sus propias competencias.

> *"Como matrona pude escuchar y acompañar a la señora mientras estuve con ella hasta que pasó a quirófano. […] Mi actuación fue la correcta ya que en cuanto se inició la bradicardia avisé a la ginecóloga, que estaba en el mismo paritorio y acudió inmediatamente e indicó cesárea urgente. Son momentos de tensión y estrés porque piensas sobre todo en como va a nacer ese bebé…Gracias a un trabajo en equipo el resultado fue satisfactorio"*. Esperanza.

> *"…me han ocurrido otras situaciones parecidas y te enseñan a adelantarte a veces a los acontecimientos, en pensar que podría pasar, para estar todavía mas alerta, sobre todo cuando ya de entrada sabemos que hay una alteración de lo que consideramos "normal". Para mi el término normal me sugiere lo habitual, común, frecuente, lógico. En este contexto un embarazo normal es que se ha desarrollado como un proceso fisiológico, sin la aparición de problemas. En este caso concreto que te planteo en el incidente la gestación ha ido bien hasta que ha surgido un problema (doppler patológico), una alteración de ese proceso fisiológico como tal, una alteración de la normalidad"*. Esperanza.

Las funciones y/o competencias, como ella misma las califica, que reconoce haber realizado en esta situación son, por una parte, la escucha y el acompañamiento durante el proceso del parto, y por otra la asistencia en todo el proceso del parto, a través de las diferentes actividades que ella misma describe. Todas están también contempladas en la atención al parto normal, tal y como ya hemos visto anteriormente. Destacamos el trabajo en equipo y la buena comunicación entre ellos para conseguir

[341] Disminución de la frecuencia cardiaca fetal por debajo de 120 latidos por minuto y durante más de 15 minutos. Generalmente se asocia a dificultades del feto para la adaptación al medio intrauterino o a disminución del bienestar fetal. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.institutobernabeu.com/es/11-1-1/diccionario/51/bradicardia-fetal/

[342] Ecografía que permite visualizar la circulación sanguínea en los diferentes órganos del cuerpo. En el embarazo se utiliza para investigar al patrón de formas de onda en la arteria umbilical. Neilson JP, Alfirevic Z. Ecografía Doppler para la evaluación fetal en embarazos de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000073

que se resuelva la situación y nadie salga perjudicado a la hora de desarrollar sus propias competencias.

> *"Como matrona, el escuchar y acompañar a la señora si forman parte de mis funciones, ya que tengo que realizar cuantas actividades sean precisas para asegurar la correcta atención y cuidado de forma integral. […] Las competencias que desarrollé fueron las siguientes: asistencia en el proceso de parto, establecer una comunicación efectiva con la mujer gestante, trabajar en equipo y comunicarme de forma efectiva con el equipo que intervino en la atención y asumir la responsabilidad derivada de mis actuaciones. Las funciones y actividades en este caso concreto que tuve que realizar fueron las siguientes: evaluar el estado fetal mediante RCTG, promover un entorno favorable que facilite la comunicación, mantener actitud de escucha activa facilitando expresar sus dudas, identificar los factores de riesgo materno-fetal, consultar con la ginecóloga y registrar de forma efectiva todo lo realizado"*. Esperanza.

> *"…trabajo en equipo es que cada profesional va a tener un cometido, una función, trabajan de forma coordinada, se complementan, hay buena comunicación entre ellos, para lograr un mismo objetivo. Falla la competencia de otro profesional cuando no tiene o los conocimientos o la capacidad para el ejercicio de su actividad y esto me afecta negativamente a mi trabajo como parte de ese equipo (aumentan mis cargas de trabajo, disminuye la calidad, etc...)"*. Esperanza.

En cuanto a los sentimientos que describe Esperanza, vemos que, en este caso, se trata de una situación que, pese a ser urgente, se desenvolvió de forma satisfactoria, y se sintió muy bien al realizar un buen trabajo entre todos, y por otra parte la experiencia que ha adquirido para afrontar otras situaciones parecidas en su trabajo como matrona, asumiendo sus responsabilidades.

> *"…me sentí muy bien, porque gracias a la actuación rápida y eficaz de todos, el bebé nació con buen Apgar. Estos hechos te hacen recordar la importancia que puede tener unos minutos en un nacimiento y la responsabilidad que como matrona puedo tener en el. […] me sentí y me siento satisfecha por el trabajo realizado. Lo que mayor bienestar me provocó de todo fue el haber formado parte de ese nacimiento, ser una de los profesionales que atendió a esa señora para que su hijo naciera bien."* Esperanza.

> *"Esta situación en concreto me ha servido para acumular experiencia y me influye positivamente para saber cómo actuar en situaciones similares en mi trabajo diario como matrona. Situaciones como esta las afronto con la responsabilidad que me corresponde y sé que tengo que asumir y aceptarlas como parte de mi trabajo. Por último, mi responsabilidad como matrona la llevo bien, he elegido y me gusta mi profesión, sé que forma*

parte de ella y no me afecta para nada negativamente en mi trabajo. Esperanza.

3. Tercer incidente crítico. Eclampsia

En el tercer incidente crítico analizado, es Isabel quien nos describe una situación en la que una mujer embarazada es trasladada en ambulancia desde su casa, donde había convulsionado, a urgencias del hospital donde trabaja. Tras sufrir una nueva convulsión se atiende a la mujer según el protocolo de soporte vital avanzado, resolviendo la convulsión y trasladando a la mujer al quirófano, de forma rápida y eficaz, para una cesárea urgente.

"… se produjo de noche, el paritorio estaba muy tranquilo y con el personal justo, elegí este episodio porque lo gestionamos de una manera muy eficaz y eficiente, seguro que se le pueden poner pegas, pero comparado con otros episodios similares creo que podemos estar muy satisfechos del proceso.[…] No es frecuente que las matronas se enfrenten a pacientes críticos, las mujeres con las que trabajamos son, por lo general, sanas y no es frecuente que padezcan grandes complicaciones. Esto hace que estemos desentrenados y a veces nos cuesta reaccionar de una manera adecuada, ordenada y eficaz". Isabel.

Las actividades que describe Isabel, y que desarrolla en el incidente, son, por una parte, realizar la monitorización fetal y por otra, canalizar una vía venosa y preparar la medicación de urgencia pertinente por si fuera necesaria, todas ellas incluidas dentro de las competencias descritas en la atención al parto, tal y como hemos descrito con anterioridad.

"Coloqué el monitor fetal y TA aunque la TA no aparece debido a la agitación de la paciente, no me entretengo en eso, preparo un guedel y una ampolla de Valium, canalizo una vía venosa, justo terminar de colocar el aposito comienza una crisis de eclampsia, el personal auxiliar avisa a mi compañera y al residente de gine que estaba hablando con la familia, administro Valium IV, se coloca cánula de Güedel, espiramos secreciones, se coloca oxigeno con dispositivo portátil y nos vamos a quirófano, con bolsa de ventilación preparada y más medicación por si hiciera falta. El personal que se queda en paritorio avisa a quirófano del caso, llegamos y damos el relevo al anestesista de guardia y al personal de allí. Me quedo para atender al recién nacido, es un pretérmino de unas 34 semanas. Hago todo el papeleo y vuelvo a mi unidad". Isabel.

Los sentimientos que genera esta situación y la forma en que se desenvolvió todo el proceso hacen que Isabel se sienta satisfecha, aunque reconoce que las matronas

tienen poco desarrollada la habilidad de actuar en casos de urgencia, igual que señalaba Paula en el bloque de Formación.

> *"Muy satisfecha por la agilidad con la que hemos hecho todo, pero con un subidón de adrenalina que me impide dormir bien esa mañana.[…] Cuando ocurre algún episodio crítico, siempre son momentos de gran tensión, a mí al igual que a todos, me gusta aportar todo lo posible para que la situación se resuelva lo mejor que se pueda, pero ocurre en todos los casos que acude un gran número de profesionales a ayudar, nos molestamos entre nosotros y es muy raro que alguien se erija en líder.[…] Aquella noche, sin que se erigiera ningún líder en concreto, la coordinación fue grande, beneficiado todo por el escaso número de miembros del equipo. Tras llegar con la paciente a quirófano y ver al recién nacido en buenas condiciones y a la madre bastante bien (dentro de lo que cabía esperar), la sensación que yo percibía era de satisfacción, por el trabajo bien hecho"*. Isabel.

En cuanto a las competencias de las matronas, en este caso vemos que Isabel reconoce que las matronas, a pesar de que están poco entrenadas para los casos de urgencia y toma de decisiones, sí que están capacitadas para ser líder en estas situaciones, aunque destacamos la necesidad de una adecuada formación continuada y actualización de los conocimientos y habilidades necesarios en cualquier situación de urgencia que puede acontecer en la atención al parto.

> *"Encuentro que las matronas están poco entrenadas para estos casos, y lo que es peor, algunas de ellas no muestran el menor interés por estarlo. […] Las matronas están capacitadas para ser el líder en estos casos, ya que el líder debe ser el que más experiencia tenga"*. Isabel.

4. Cuarto incidente crítico. Muerte de recién nacido tras distocia de hombros

En el último incidente crítico, Marieta describe otra situación límite, en la que, tras un proceso de parto con una evolución normal, finalmente se produjo un parto dificultoso, con el resultado final de la muerte fetal.

> *"Todo transcurrió con normalidad, con la mala fortuna que se produjo un encajamiento de hombros. Tras intentar todas las maniobras habidas y por haber, y tras un periodo de tiempo que se me hizo eterno, se consiguió sacar al bebé, pero en muy malas condiciones. La peor distocia vivida hasta el momento en mi corto periodo como profesional."* Marieta.

Los sentimientos que genera este desenlace en Marieta pasan de la alegía, al haber podido reanimar al niño en un principio, a la culpabilidad por las posibles secuelas. Posteriormente se siente frustrado y traumatizado por el fatal desenlace y reconoce que el recuerdo de ese momento le hace revivir dicho episodio en otras situaciones parecidas con miedo y malestar. Finalmente afirma que se sientió emocionado por la visita de los padres del niño para agradecer la atención prestada.

> *"Me sentí fatal. Fue un sentimiento de frustración. Primeramente, cuando tras la reanimación el niño salió adelante fue un sentimiento de alegría, por haber podido reanimar a ese niño, que acto seguido pasó a un sentimiento de culpa, a un malestar al pensar que qué habíamos sacado adelante. Pensé que tras tanta reanimación el niño quedaría con secuelas importantes y que quizás no mereciera la pena que viviera. Pero quién era yo para decidir eso, en ese momento era lo que teníamos que hacer, pensé yo. Había una controversia de sentimientos que no podía esclarecer. […]. Y lo que mas me chocó, cuando yo todavía seguía traumatizado en la siguiente guardia por lo sucedido, los padres de ese niño, vinieron a agradecernos el trato recibido y la atención prestada durante todo el proceso...[…]no pude evitar que se me saltaran las lágrimas. Fue un momento muy emotivo, que no sabría describir, parecía que los conocía de toda la vida"*. Marieta.

> *"Esto ha producido en mí que cada vez que me paso a un expulsivo se me pase ese parto por la cabeza, viniendo a mí una sensación de miedo inminente, pero que enseguida se me pasa. […] A día de hoy, parece que se va cicatrizando, pero todavía me entran náuseas de malestar cada vez que recuerdo el mal trago. Creo que más aun, cuando empatizas y conectas tanto con una pareja, y sobre todo con la mujer"*. Marieta.

En cuanto al trabajo realizado, Marieta destaca durante el proceso del parto principalmente el trabajo en equipo, sobre todo en el momento en el que ocurre el incidente crítico y cómo esta situación influye en la práctica de sus competencias en otras circunstancias parecidas.

> *"El equipo funcionó muy bien, se trabajó en concordancia y todos en la misma línea, y eso me gustó. Con la tensión necesaria pero sin perder nadie los papeles. Creo que se hizo lo que se tenia que hacer... no como en otras ocasiones, que si que pienso que se han puesto vacuos sin tener que ponerlos, con presentaciones muy altas y con alguna consecuencia.[…] Tengo la sensación de que ese día se hizo lo correcto en cuanto, a que realmente era una ventosa indicada."* Marieta.

> *"Evidentemente influye en mi día a día en la práctica de mis competencias, pero ya parece que cada vez menos. Que voy volviendo a ser yo...Me influye en que pasaba miedo cada vez que "tocaba salir los hombros", y el miedo que me provoca los expulsivos es porque me viene a la*

cabeza ese parto cada vez que tarda un poquito más de lo normal en salir los hombros." Marieta.

Por último, destacamos las conclusiones que extrae de este incidente, reconociendo que a veces ocurren situaciones inesperadas, aunque aparentemente todo esté evolucionando de forma adecuada, y lo achaca a la mala suerte de algo que toca, para cumplir unas estadísticas, cuando en realidad creemos que sería lo contrario, es decir, las estadísticas no se cumplen, se elaboran en base a unos datos una vez han sucedido las cosas.

"Las conclusiones es que sé que hay unas estadísticas que, por desgracia, acaban cumpliéndose y ese día "me toco a mi", o mejor dicho, en mi guardia". Marieta.

9.2.3.4. Relaciones con otros grupos profesionales

Tras el análisis de numerosos aspectos acerca de las competencias profesionales de las matronas, hemos querido indagar, además, en las relaciones con otros grupos profesionales por parte de las matronas participantes en nuestro estudio, con lo que pretendemos constatar si esto puede influir a la hora de desarrollar sus competencias. Observamos que muchas de ellas utilizan en sus discursos la palabra "*Hombre",* como coletilla, lo que nos llama poderosamente la atención dado que la entrevistadora es una mujer, que la profesión de matrona es eminentemente femenina y que las referencias al estamento médico, principalmente de Ginecología y Obstetricia, como "*los ginecólogos*" al que podríamos considerar, de alguna manera, como la parte masculina de la atención a la mujer.

La mayoría de las matronas opinan que no tienen problemas, aunque también exponen diversos matices, fundamentalmente con *los ginecólogos*, con los que *se notan las diferencias*. En el primer grupo de matronas destacamos que en general reconocen que se llevan bien prácticamente con todo el mundo y tratan de luchar para que el trabajo realizado sea dentro de un equipo, aunque Vicenta reconoce una diferencia existente, un clasismo entre ginecólogos y matronas que hace que la relación entre ambos estamentos sea escasa, e incluso con las auxiliares que define su relación como deprimente.

"Hombre, yo en principio con ellos no tengo ningún problema, la verdad, pero con todo el equipo de médicos, de enfermeros de tal, pues

muchas veces con los médicos pues pues lucho por mi colectivo, encontronacillos claro, pero bueno, pues unos somos más rencorosos que otros, pero no por eso voy a dejar yo de decir que la matrona tiene unas funciones y tiene que realizarlas […]. Yo con esos, celadores hay uno solo, mejor que bien, eh, con las auxiliares son todas de las antiguas de la vieja escuela de tal y bien, que todas responden, unas con más ah, pues yo no lo voy a poner, pues no sé qué, pues el contacto piel con piel, pues yo lo hago pues yo lo quito, pero sin ningún problema, y con las matronas pues bien, bien, si tengo que decir, bien, tengo temporadas que fulana se pone tal y yo me pongo tal, pero yo me llevo bien con todas". Rosa.

"Muy buena, es echarme flores pero es muy buena, a nivel laboral, siempre suele ser con ginecólogos porque son los que más afectan nuestro trabajo es decir…". Fely.

"La mía personal, muy buena. Con casi todos, con casi todos, lo que pasa es que creo que dentro de un grupo tan numeroso lógicamente hay muchos profesionales y muchas personas y todas somos diferentes y creo que es muy importante respetarnos entre todos y saber ser un poco conciliador y intentar, creo que con la intención de cada uno hacer las cosas lo mejor que sepa y con un respeto por los derechos de la mujer y con un respeto al resto de profesionales que comparten contigo el trabajo pues creo que hay parte del camino hecho […]. Siempre hay una buena relación, mejor relación a lo mejor dentro de nuestro propio estamento, pero luchamos día a día porque no sea un grupo de trabajo sino que sea un equipo y que cada uno aporte lo mejor que sepa y lo mejor que pueda y lo que mejor pueda considerarse en el grupo." Margarita.

"Con mis compañeras de profesión muy bien, con las auxiliares deprimente, y con los médicos enormemente escasa, no lo sé, aquí hay un clasismo, los médicos son médicos y están, o se creen por encima. Y las auxiliares qué te voy a contar yo, aquí no lo voy a decir, con el resto de las compañeras, gracias a Dios, muy bien. Con los celadores genial, y la Administración es que no la veo, no la veo porque de hecho cuando dicen, don fulanito de tal sí que es el gerente pues si es que yo no sé cómo se llama el gerente. Y administrativos, tengo conocimientos de gente que conozco incluso fuera de aquí, pero en el trabajo, sé que trabajan aquí, pero no tengo relación con ellos". Vicenta.

La mayoría de las matronas del segundo grupo opinan que la relación con sus compañeros/as es buena, aunque con excepciones, principalmente por parte del estamento médico, considerado como un techo o un escalón jerárquico con algunos/as, ya definido por Menéndez, como vimos anteriormente.

"En mi hospital muy buena. Cada uno tenemos nuestras manías, nuestras miserias y nuestras virtudes, como en cualquier familia, en todas las familias hay también y son hermanos y primos y padres y madres, pero yo me considero valorada, mis compañeras creo que también y hay una relación cordial". Paula.

"Con la gran mayoría muy buena, pero siempre hay excepciones. Pues yo creo que en este caso va más con personas, pero personas que pertenecen a un estamento, que se han formado en este hospital y que eso se nota, estamento Ginecología, y no es que nos llevemos mal ni mucho menos, pero se notan las diferencias." María Jesús.

"Laboral, eh, buena, personal muy buena, y laboral buena, porque hay algunas veces que te encuentras un techo, no te entienden no entienden algunas cosas que quieres hacer por respeto a la mujer no es que las quieras hacer tú, quieres respetar lo que la mujer quiere hacer y eso, hay veces que te encuentras un techo". Mariló.

"Buena, buena. Yo creo que hay un equilibrio, independientemente de que haya profesionales que… en fin, que intenten marcar el ese escalón jerárquico ¿no? pero yo creo que la relación es buena, también pienso que influye en eso el hecho de que sea un hospital pequeño, a lo mejor si estuviera en un hospital grande sería distinto, y bueno, de cara hacia arriba, creo que, por ejemplo, en este caso, en nuestro caso los anestesistas totalmente respetan nuestro criterio a la hora de llamarnos o no llamarlos y por parte de los ginecólogos prácticamente también, y de hacia abajo pues igual, la relación que existe con auxiliares etcétera buena, yo creo que no hay ningún problema en eso". Lumy.

"Bien, buena bien, vamos yo considero que me relaciono bien con todo el mundo en mi trabajo y con respecto a todo." Raquel.

"Hombre, yo la mía la considero bastante buena, tanto con mis compañeros con las matronas como con los médicos, como con las auxiliares, considero que tengo una buena relación, incluso muchas veces le puedo puedo opinar, que eso deberíamos opinar en todo, pero yo pienso que puedo opinar y decirle: "oye creo que esto os estáis pasando o creo que tal", entonces yo creo que yo estoy a gusto con ellos". María.

"Y yo tengo que decir que tengo muy buena relación con todos, eso no es no es fácil de decir porque yo he trabajado en otros hospitales y bueno, se siente y se nota mucho el clasismo de unos estamentos a otros, aquí no sé si es por ser un hospital comarcal un hospital pequeño somos como una familia, hay una relación excelente de los ginecólogos con matronas, pediatras-matronas-enfermeras, hay muy buena conexión entre la planta y el paritorio, incluso a la hora de que haya un aumento de de la carga asistencial las enfermeras vienen, cogen vías, o sea sólo tienes que llamar, eh con los ginecólogos hay muy buena armonía, con la matrona, a la matrona la dejan trabajar, la dejan hacer, que eso es muy importante, respetan mucho la opinión de la matrona y no suelen interferir en lo que la matrona quiere hacer". Fuensanta.

Igualmente, otras matronas del segundo grupo, enfatizan que la relación es más tensa con los ginecólogos, sobre todo en el momento de asumir las competencias propias, porque incluso algunos piensan que el trabajo de la matrona es de auxiliar, y no

sienten que valoren su trabajo, a pesar de que la relación personal pueda ser buena. En contraposición sitúan a los demás miembros del equipo, como son los pediatras, las auxiliares y los celadores pues perciben que tienen más claras cuáles son las competencias de las matronas.

> *"Pues dependiendo de la situación, tensa, sobre todo cuando se trata de asumir competencias, es decir este parto es normal, lo llevo yo y con los ginecólogos cuesta que asuman que no son los responsables de todo, con los pediatras cada vez mejor porque están quizás más predispuestos a dejar que seas tú la que los llames cuando sea necesario, con el resto de personal mejor, o sea, con el personal de enfermería y auxiliares mejor porque sí que tienen un poco más claro cuáles son tus competencias, pero quizás con los que falla es en sentido jerárquico"*. Carmen.

> *"Con los compañeros, sobre todo con los ginecólogos intentando no enfadarte porque tampoco merece la pena […] hay que trabajar en equipo, y bueno, y hay algunos que aceptan y otros que no aceptan, entonces…y con los compañeros pues cada vez hay más compañeros que piensan de la misma forma […]. Las auxiliares también están muy de uñas, muy de uñas, también pero como todo depende también de la persona, hay gente que le gusta su trabajo y llega y otras que no, que no…"*. Gory.

> *"Yo no tengo problemas con nadie, no tengo problemas con nadie. Solo...el problema con los médicos es el de siempre, y el de siempre es que piensan que eres auxiliar y a veces no valoran la importancia de tu trabajo, pero a nivel de relación pues siempre te intentas llevar bien con todo el mundo, porque es donde tienes que pasar mucho tiempo, día y noche trabajando, con problemas en los que hay que correr, que depende la vida de la mujer y hay situaciones en las que o estás bien con el resto o se hace difícil el trabajo. Pero si es verdad que muchas veces te sientes mal porque no valoran realmente la importancia que tiene el trabajo de una matrona"*. Lisa.

Y en el tercer grupo también observamos opiniones acerca de que la relación entre compañeros/as es buena, cordial, pero dependiendo de con quién sea, y nuevamente hay quien afirma sentirse en ocasiones como el o la ayudante del/de la ginecólogo/a. Esto, teniendo en cuenta que las matronas de este grupo son las que menos tiempo llevan trabajando, y no han tenido experiencias en diferenes hospitales según una de ellas reconoce, ya expresan sus percepciones en cuanto a la consideración del trabajo en equipo y la importancia de la buena comunicación entre todos.

> *"Pues yo creo que es buena, pero eso se lo tienes que preguntar a ellos, yo creo que es buena. Pues yo creo que bien, que tenemos buena comunicación, y que es buena, que es cordial, que además yo creo que esto es fundamental porque si no no va esto, no funciona es mí… Creo que es*

muy importante, pero vamos ya te digo, esa es mi sensación […]. Yo creo que sí, que la sensación en general es buena". Eloísa.

"A mí me gusta, a mi me gusta, a mi me gusta la labor que yo hago aquí, mucho. Con todos yo, desde monitores hablo con laboratorio, con planta, con los ginecólogos, con auxiliares, con celadores tengo que estar en contacto con ellos con admisión y a mi me encanta, me gusta, de hecho me quedé aquí y en parte era por eso. Vamos a ver, conflictos siempre hay en todos los trabajos, a lo mejor hay algo suelto, pero en este hospital yo, bueno yo no he tenido nunca en ningún sitio en ningún centro de trabajo, pero es que en este a mi me gusta mucho la relación que hay entre servicios y entre estamentos y entre […] si tú tienes una confianza personal si tienes…yo creo que luego a la hora del trabajo lo sacas mejor porque cada uno tiene claro lo que tiene que hacer". Manuela.

"Con algunos sí te consideras parte de un equipo y con otros te consideras la mano, el ayudante, la que hay que poner el preservativo en el ecógrafo para que hagan la ecografía, el que si la mujer si no está cambiada no la ve, o sea que es que eres tú su auxiliar, y con otros sin embargo no, un equipo, pero con los veteranos es que no, porque no te puedo decir que el veterano y el que se ha formado más a, no porque es que, hay veteranos con los que creo que somos un equipo aunque tengan su… sus formas también pero aparte de que es un equipo tú discutes también, incluso ves una pelvimetría y hablas o hay una ecografía y te enseña te explica, y otros que no, pero es que yo creo que al fin y al cabo eso va en el carácter, volvemos a lo mismo". Maite.

"Yo por mi forma de ser quizá pues me integro bastante bien en los grupos y no suelo ser una persona conflictiva entonces no tengo demasiados problemas". Teresa.

Matronas de los tres grupos coinciden en la influencia de la relación, más o menos cordial que puedan tener con otros/as profesionales en el desarrollo de sus competencias. En el primer grupo, apreciamos la referencia a la relación humana por encima de la profesional, aunque Vicenta considera que esto debe repercutir en el trato con la paciente, en cambio Margarita cree que es muy importante la relación interpersonal entre los miembros del equipo para que éste funcione adecuadamente, a través del respeto y el consenso que establezca las funciones de cada profesional incluidas en los protocolos.

"Si, porque es como si te hicieran como más caso, si tú tienes una buena relación y te tienen... no sé cómo decirte. Yo ya no tengo que demostrar nada, entonces todo el mundo ya me conoce y eso también favorece el que si yo por ejemplo, eh, no es que exija, pero pida unos cambios o pida hacer cosas distintas que antes no había hecho la matrona, ninguno de mis directivos de arriba me va a poner pegas. Y no es por echarme flores pero es verdad, muy bien". Fely.

"No, porque nosotros tenemos nuestra parcela y…sería la relación humana la que podría cambiar. Como relación en cuanto les pueda afectar a las pacientes no creo que tenga afectación, yo me puedo enfadar o no me puedo enfadar conmigo misma porque la auxiliar no venga o desaparezca o no me oiga y con el otro porque se comporte de una forma un poco estúpida o no trate de la manera que yo creo que debe tratar a un ser humano, pero eso no creo que en cuanto a rendimiento que frente a las personas humanas que tengo yo como pacientes influya no, eso son ya cosas más personales que profesionales. No, eso ya es no lo sé si es, sería relación laboral más que profesional, a la señora no creo que le influya para nada". Vicenta.

"Claro que influye. Las relaciones interpersonales son súper importantes, por eso debemos parar y pensar en ellas porque cuando hay una buena relación entre los miembros del equipo un equipo funciona, si se pretende trabajar de forma independiente sin respetar las decisiones de los demás y sin consensuar decisiones y sin protocolizar, pues lógicamente las cosas no salen igual". Margarita.

También en el segundo grupo encontramos opiniones acerca de la influencia de las relaciones entre profesionales, que si no es adecuada puede dificultar incluso la evolución de un parto normal, si no se respetan los espacios de actuación, tanto de la matrona como de la mujer, o por la limitación que supone el hecho de realizar una actividad y que otro/a profesional dificulte su desarrollo si no es necesario, como puede ser el fomento del contacto piel con piel o la evolución fisiológica de un parto normal.

"Influye mucho, influye mucho, porque puede hacer el trabajo desagradable y puede dificultar la atención que yo le pueda dar a una mujer, si yo estoy con una mujer en un parto normal con un expulsivo normal y se mete un ginecólogo y me rompe el ambiente me pone se pone la mujer nerviosa y cuestiona mi trabajo delante de ella, pues primero como profesional me está insultando pero, es que además a la mujer le está perjudicando, y eso todavía pasa, cada vez menos por suerte pero todavía pasa, especialmente los expulsivos largos". Carmen.

"Hombre, por supuesto, cuando el entorno es hostil claro que puede influir, luego hay momentos que estás con claves, que estás con compañeros que dices tú es que va todo exacto, va todo como una seda, es que va todo…". Gory.

"Claro que sí, claro que sí, claro que sí. Porque te limitan, esa manera de trabajar, te limita en cierto modo, tú no puedes hacer un método canguro con una cesárea si el pediatra viene corriendo a aspirar al niño o un contacto piel con piel ya no sólo el método canguro. Igualmente con el ginecólogo, si a las cuatro de la mañana te pone una oxitocina, pues a veces no evoluciona como tú quisieras que lo hiciera, ella sola, darle por lo menos esa oportunidad". María Jesús.

Varias informantes del segundo grupo consideran como fundamental, tener una buena relación y que haya armonía entre los y las profesionales que atienden a la mujer, sobre todo para que se respete el trabajo que realiza la matrona. Asimismo tambien señalan la confianza y el respeto, pues se pueden perder en un momento de descalificación delante de la mujer y por tanto influir en su autoestima.

"Por supuesto, por supuesto, es fundamental es fundamental porque las cosas fluyen mejor y se hacen mejor cuando uno se lleva bien o uno eh, bueno pues, dice tú me respetas mi trabajo pues yo también voy a respetar que yo qué sé, tu quieras que pase aquí a una mujer a esta hora a inducir o yo voy a respetar o sea el respeto por el trabajo de cada uno es fundamental y el ser consecuente de decir pues bueno yo hago esto eh pues bueno la matrona me respeta en esto pues yo también la voy a respetar a ella […] es importantísimo trabajar en armonía, vamos es fundamental". Fuensanta.

"Hombre, todo influye, todo influye, o sea no tiene por qué influir, porque no me van a afectar, pero eh si en un sitio no estás a gusto puedes dejar de hacer cosas porque te da, te da miedo, es decir hace poco pues si tu si venia una mujer y llegaba en ese momento el ginecólogo y te veía hacer un parto en la cama pues podría decir pero pero qué pasa aquí y ahora mismo es diferente, o sea incluso ah, pero ha sido aquí? Pues como diciendo: "mejor todavía, señal de que ha sido bueno", entonces claro necesitamos esa parte de apoyo por parte de ellos, si no en fin te dedicas a lo seguro, ¿no? para no tener conflicto legal ni profesional, lo legal al final se va pero lo profesional te quedas con un compañero en mal, con una mala relación ¿no? si has hecho o no has hecho lo que él pensaba ¿no? entonces yo creo que influir, influye". Lumy.

"A veces si, a veces si, porque cuando te baja un poco la moral piensas, pues hay veces que piensas pues me voy de aquí, me voy a un centro de salud, que trabajo de forma mas autónoma, y estoy más a gusto y no haces noches, que encima no te lo agradece nadie, y a veces que si que lo piensas, pero otras veces como te dan tantas satisfacciones, pues las parejas, te vas contento a tu casa, que es la mayoría de días, y se te olvida que valoren o no valoren tu trabajo el resto de…bueno, en este caso pues quizás el médico. Es un problema importante, es un problema muy importante, porque tú puedes estar diez horas con una mujer, y una descalificación médica puede hundir todo lo que has hecho, y también hacer que esa pareja desconfíe en ti, con solamente un minuto o una cosa que diga mal dicha". Lisa.

"Por supuesto, te limitan, cuando quieres atender a una mujer de una manera o respetar una cosa o hacer unas cosas pues a veces te toman hasta un poco como por loco, eso nos lo encontramos, entonces depende de quien, hay otros que no que simplemente respetan mientras que la mujer esté bien, porque todavía no asumen que el parto es de la mujer y creen que las cosas las hacen ellos, ese es el gran problema entonces ellos son los importantes los protagonistas y los que hacen y la mujer es quien hace todo". Mariló.

"Hombre, porque las relaciones personales influyen, tú estás aquí de guardia las horas que estés, de doce o de veinticuatro y si tú no te comunicas y te aclaras con la persona que está por encima o por debajo pues las cosas no pueden ir bien, creo yo, tanto porque todo el equipo es necesario, vamos, desde el facultativo al máximo a la auxiliar que me ayuda en el parto, al celador que me pasa a la mujer, a la limpiadora que tiene que limpiar el paritorio rápido para que… otro, es que todos somos y dentro de una medida de respeto de todos cada uno sus competencias pero también formando un equipo y si no hay un equipo pues no funcionan bien las cosas. [...] si el facultativo a mí me presiona mucho, me da muchas indicaciones médicas en una atención al parto normal pues yo no puedo hacer el parto como yo quiero, si él me dice tienes que o ponerla pa allá o ponerla oxitocina o romperle la bolsa yo ya no puedo actuar, con respecto a un estamento menor, si yo tengo a una auxiliar que no sabe o no eso, pues yo a lo mejor tengo que asumir su trabajo y entonces asumir competencias que bueno, no pasa nada". Raquel.

"Por supuesto, por supuesto, una persona que vaya a trabajar donde cada palabra que se dice le baja la autoestima, donde se está discutiendo su opinión, es frustrante, es frustrante, y son veinticuatro horas, donde yo trabajo hacemos guardias de veinticuatro horas, un ginecólogo, una auxiliar y una matrona con lo cual imagínate si nos lleváramos mal cómo podría explotar eso, eh, tienes que llevar bien obligado, ya digo, cada uno con sus manías y sus cosas pero respetándonos mutuamente". Paula.

"Pues es muy importante, si tienes una buena relación con el equipo, pues trabajas mejor, estás más tranquilo y tu trabajo va a ir mejor, […] si tú sabes que si con él que tienes una buena relación dices bueno yo asumo, yo sé que este parto lo puedo llevar y tengo la tranquilidad de que confían en mi, y sé que cuando aviso ellos saben que la cosa es que tienen que venir". María.

También las matronas del tercer grupo coinciden al destacar la importancia de una buena relación personal para que se traduzca en un buen trabajo en equipo, y que el cambio hacia una mejor asistencia y coordinación en el equipo no se produce de un día para otro.

"Puede influir y mucho porque si no te llevas bien con la gente, no no tienes unos buenos canales de comunicación, no hay un cierto grado de empatía […] Y luego, pues hombre, ginecólogos pues hay también aquí una…, ginecólogos es que tenemos como dos como dos bandos, un bando así más duro y otro que es como más cercano, más próximo, pero vamos en general, no creo que sea, o sea yo que sé, si te tuviera que dar una nota, por ejemplo, te diría los pediatras la relación podríamos decir que estamos en un ocho, los anestesistas otro ocho, y los ginecólogos unos por otros en un seis y medio, por darle una nota, ¿no?". Eloísa.

"Si, si, creo que sí, sí porque llega un momento que no sabes cuándo puedes tomar las decisiones y cuando no tomarlas, cuando lo haces con

unos sí y con otros no, es que, sí que al final a lo mejor siempre prefieres ir de precavida y decir no mira yo ante todo llamo, llamo, llamo, llamo y no decido nada porque luego es que no te respaldan y luego yo no dije eso o yo no te…una tontería pero me he visto en un caso así parecido". Maite.

"Claro que influye, yo pienso que una persona que sea asertiva podrá ir ganando más terreno que una persona que no tenga formas porque lo que está claro es que las cosas no se van a cambiar de un día para otro, entonces como es cuestión de un tiempo, pero hay que tener habilidades para poder hacer los cambios". Teresa.

Como conclusiones de este apartado destacamos que la mayoría de las matronas, aunque perciban que su relación con el resto de integrantes del equipo profesional en el que trabajan es más o menos cordial, sienten que es otro estamento, concretamente el estamento médico, el que dificulta, en algunas ocasiones, el desarrollo de sus competencias en la atención al parto normal, e incluyen, en algunos discursos, signos de falta de respeto hacia el colectivo de matronas. Percibimos la consideración de todos/as los y las ginecólogos/as formando parte de un grupo, y esto, en relación a la Ley de Agrupamiento que vimos en el tercer capítulo, creemos que etiquetan, de forma generalizada, las actitudes y/o los comportamientos esperables o deseables de todo el colectivo, aunque esto no suceda con todos/as. Esta falta de respeto se traduce en sentimientos de rabia, malestar y frustración.

9.2.3.5. Reconocimiento profesional

Finalmente, y formando parte de los discursos de nuestras informantes acerca de sus competencias profesionales, hemos querido averiguar qué percepciones tienen acerca del reconocimiento percibido y sentido, tanto a nivel laboral como personal y la influencia o no que puede tener en su desarrollo profesional.

Las matronas del primer grupo coinciden en que es la gente o las compañeras quienes más valoran el trabajo que realizan en el paritorio, aunque también reconocen que, a veces, una vez que los padres ya tienen a su hijo/a en brazos, se les olvida quién les ha atendido.

"Si, lo percibo sobre todo con las mujeres, que he estado con ellas en los partos, en mi pueblo, cuando voy a mi pueblo, en la puerta de aquí de urgencias, en la puerta de la consulta, que la gente pues me conoce toda, y luego también con mis compañeras, me dicen que lo estoy haciendo muy bien, y que siga para adelante". Fely

"Yo sí. Hombre, reconocimiento a nivel de, como te diría yo, de la gente con la que he trabajado y todo eso te considera, pues sí que la matrona tiene unas funciones y las mujeres que están, que han asistido, que hemos asistido un parto parece que te crea cierta complicidad con esa persona, pero que es un vínculo que es para toda la vida, […] yo esa es la sensación que tengo, porque que sí, que sí que nos valoran, a las matronas muchísimo…" Rosa.

"Pues de compañera a compañera si, a las señoras siempre, o algunas te dan las gracias, y eso pues te llena, pero de todas formas también, es una cosa que yo la entiendo, aquí la gente entra muy agobiada, salen con su bebé, de vez en cuando y eso si que es cierto, hay algún reconocimiento que te llena, que te llena[…], pero lo habitual es que una vez que venga la familia, pues la alegría y el contacto con el nuevo ser y todo eso pues se olviden un poco de ti, después de todo, has estado cerca pero ya no eres necesaria, entonces yo lo encuentro hasta normal". Vicenta.

"Yo creo que mucho, que en general, las matronas tenemos buen reconocimiento, por parte de la sociedad. Pues por la confianza que depositan en nosotros las mujeres, por la confianza que depositan los familiares, por el reconocimiento que te hacen a tu labor, por recordarte mucho tiempo después en el momento tan importante en el que has participado de su vida…". Margarita.

En general, observamos que, en el segundo grupo también creen que a nivel social es una profesión, la de matrona, suficientemente reconocida y aceptada, pero a nivel profesional depende de con quién se trabaje, aunque algunas, como Carmen, perciben que esto está cambiando cada vez más, y sobre todo gracias a la Estrategia de Atención al Parto Normal *"se está empezando a tener más en cuenta la opinión de las matronas"*. A pesar de esto, afirma que hay matronas aún que piensan que son ayudantes del ginecólogo, transfiriendo con esto toda la responsabilidad de sus propias actividades a este colectivo profesional.

"A veces sí, a veces no. Depende de con qué profesionales estemos hablando, pero vamos, en general sí, en general sí hay un reconocimiento a la profesión de matrona, pero quizás no todo lo que me gustaría…". María Jesús.

"En aumento, además, cada vez más, cada vez más. Pues ya van, socialmente porque ya van conociendo muchas mujeres a las matronas ya hablan de mi matrona, y laboralmente porque están empezando a consultar a las matronas para ciertas cosas, para establecer nuevos servicios, para cambiar cosas, para fomentar el avance, y sobre todo gracias a la Estrategia y a la aplicación de lo del Parto Normal pues sí que se está empezando a tener más en cuenta la opinión de las matronas…[…], sigue habiendo muchas matronas que piensan que son ayudantes del ginecólogo y que el ginecólogo es el que tiene la última responsabilidad, pues mientras

esté eso pues quedarán sectores que les faltará independizarse, es como hacerse mayor, a alguna les cuesta hacerse mayor y asumir que tienen una responsabilidad". Carmen.

"Más bien social cuando bajo a la planta de maternidad con las mamás, a mi me hace mucha ilusión que baje a la planta de maternidad y que me encuentre con una mamá y me dé un abrazo y ese bebé y me lo agradezca, sí yo mi reconocimiento está ahí". Gory.

"Si. Pues cuando pasan las encuestas de calidad a las mujeres dicen que las matronas hemos atendido muy bien y están muy contentas, y eso da gusto. Y luego, pues cuando se van del paritorio también se va la gente muy contenta y te da las gracias, en ese sentido si y a nivel general cuando, en cualquier foro, oye mira pues ella es comadrona, dicen, es comadrona, y eso importante, yo creo". Lisa.

"Si. Creo que la labor de la matrona está muy bien valorada. Yo creo que las mujeres cada vez más y los maridos de ellas entienden que que es quizás el profesional más idóneo para la conducción de un parto que evoluciona de forma favorable y que son partos mucho mas naturales, mas humanos, el contacto con el bebé desde el principio es mejor, son partos mucho más cálidos yo creo que eso si que lo sabe la gente […]. Yo creo que si, yo creo que hay muchos ginecólogos que conocen nuestra labor y que la respetan, otra cosa es que de cara a las mujeres lo demuestren y de cara a la sociedad, pero yo creo que si saben que la matrona atiende muy bien los partos normales, ellos lo saben, creo yo. Yo si, yo…". Mariló

"Creo que hacer matrona sí te da un poco de reconocimiento en el sentido inconscientemente, es una profesión que genera simpatía, entonces si estuviéramos a lo mejor tratando con personas en la ultima fase de su vida es más triste, ¿no? entonces lo hagas bien o lo hagas excelente, eh incluso haciéndolo muy normal muy normal si que existe un reconocimiento, un cierto reconocimiento, también existe esa, como te digo, esa responsabilidad es decir, o lo haces bien o… es decir no hay término medio, se está muy pendiente del fracaso ¿no? del fallo, ¿no?". Lumy.

En cambio, otras creen que este reconocimiento profesional a veces no se produce, no se respeta, por parte de otros profesionales, su importante papel en la atención al parto, aunque sí por parte de las mujeres. Una de las matronas de este grupo opina incluso que el trabajo de las matronas está, de alguna forma, en medio, que no son médicos ni enfermeras, y esto puede llegar a ser ingrato, sobre todo cuando las cosas salen mal.

"No mucho, no pues porque creo que cuando siempre se está a la cabeza de un colectivo a lo mejor uno lo siente pero nunca lo dice o no lo manifiesta ¿no?. Entonces son trabajos que, a la larga, pues no suelen ser, suelen ser un poco ingratos porque la gente solo ve las cosas que salen mal o las cosas que no están de acuerdo pero, a lo mejor, no se fijan en que

trabajan en armonía yo que sé… que la supervisora intenta favorecerlo en esto en lo otro" . Fuensanta.

"las matronas siempre hemos estado así un poco, para bien o para mal, un poco al margen de… a veces de de toda la enfermería y de… y ya ni somos médicos y un poco tampoco somos enfermeras. Somos enfermeras pero como que no nos considera el resto del hospital como…somos la matrona, igual pasa en Atención Primaria, porque yo he estado allí e igual, tú eres la matrona, y no estás ni en un lado ni estás en el otro lado, pero bueno. A nivel social, pues sí está, hombre, el ser la matrona parece que que sí te crea así un poco de no sé, de admiración o de que eres la matrona…". Raquel.

"Queda por hacer, ahí queda por hacer bastante, queda por hacer bastante, yo no sé de qué manera realmente, las personas que saben de Publicidad y de Marketing que saben mucho más que yo sabrían pues dónde falla, pero sí que el tema del parto está banalizado, totalmente, sobre todo por los mensajes que se nos da a diario en películas etcétera, donde la mujer rompe aguas en el quinto piso en el ascensor y cuando llega al primero ha parido, y todos los partos que salen en películas todo el mundo está gritando […]. Yo creo que deberían saber que las matronas tienen un gran papel ahí, corrigiendo distocias, haciendo que la evolución del parto, conduciendo el parto, no estimulando ni induciendo, eh, sino conduciendo el parto por el buen camino, eh, nos deberíamos de llamar conductoras de partos en vez de matronas o cigüeñas, verdad, conductoras de partos, porque lo que realmente hacemos es eso, eh, conducirlo por el buen camino". Paula.

"Yo creo, yo sí, por mi parte yo creo que yo, por lo por mi experiencia profesional, a nivel social me siento reconocida, siento que las mujeres, que las familias están contentas con la atención al parto, la atención al nacimiento de sus hijos y luego a nivel profesional pues también, porque yo me siento con la mayoría de mis compañeros me siento respetada, entonces para mí eso es la base, si te respetan es porque creen que tú estás trabajando bien[…]. Simplemente con que te lleguen al paritorio, con que lleguen a una dilatación y vean una exploración tuya y no vuelvan a explorar a una señora con eso yo ya me siento respetada, o que lleguen a un paritorio y te digan oye si necesitas algo estoy ahí, para mí eso es un respeto, o por ejemplo, respeto yo lo que veo en la privada, el que la educación maternal me manden a las mujeres para prepararse al parto, para que hagan educación maternal, yo lo veo un respeto que dices bueno, esta persona pues está, asume sus competencias, está trabajando bien y confía". María.

En el tercer grupo encontramos las dos opiniones, por una parte dos matronas que afirman sentirse reconocidas, tanto a nivel profesional como a nivel personal, y las otras dos que no sienten completamente el reconocimiento profesional, aunque sí personal.

"El reconocimiento profesional también yo siento que cuando digo algo me lo tienen en cuenta, yo llevo poco tiempo, yo salí el año pasado, llevo muy poco tiempo entonces no tendrían por qué fiarse tanto y sí, y desde el primer momento yo notaba que mi opinión era tan valida como la que llevaba veinte años aquí o se me tenia igual en cuenta, yo que sé, yo eso es una forma de notarlo, que se me reconozca". Manuela.

"Si. Pues no sé, yo soy del pueblo y la gente de una manera o de otra al final alguien te conoce y yo estoy contenta, la gente habla, habla bien de mí y no de mi trabajo, de los puntos o de si le cogí bien la vía, habla bien de mí como persona, están contentos que un trato muy agradable que se sintieron bien durante ese proceso o sea fuera más corto o más largo. Me lo han dicho a mí directamente una persona que atendí hace dos años y si no me lo dicen a mí se lo dicen a familiares o a amigos, entonces […]. No como profesional no, pero a lo mejor sí que como persona sí que creo que veo que la gente es simpática conmigo, yo qué sé amable, facultativos que a lo mejor siempre guardan más las distancias, que a lo mejor es simplemente el carácter pero no no creo que siento que se trata me trata bien". Maite.

"Reconocimiento te refieres a lo externo al hospital, a personas que vienen aquí a que les haga, si, yo me siento bastante satisfecho con no quizás con la forma en la que hago las cosas pero sí con la forma en la que las personas a las que ayudo o acompaño me transmiten su satisfacción. Pues la manera en que me lo expresan verbalmente o emocionalmente […]. Yo, hombre, yo sí que me siento, también te digo que me he tenido que buscar mi hueco, crear mi confianza, para empezar a sentirme respetado. Por supuesto cuando llegué para nada, porque prácticamente nadie confía en ti, encima si vienes con otro modo de hacer las cosas o de, eres un poco el raro, el todo el mundo no sé, se llevan las manos a la cabeza cuando ven hacer prácticas que no están que normalmente no se realizan aquí, y entonces pues todo eso, para que al final termines haciendo lo mismo pero que los demás confíen en ti, pues tiene que pasar un tiempo de confianza". Teresa.

"Yo siento reconocimiento personal cuando consigo cosas, o sea, no es que me sienta yo, yo me siento siempre igual. Yo lo que noto es que sí tenemos o sea una buena…apoyo de la dirección de enfermería, tanto de la subdirección del maternal como de la dirección de enfermería […], también tenemos apoyo, entonces eso, piensas que es porque si ellos te apoyan es porque apoyan tu trabajo, pero realmente el reconocimiento o la satisfacción es más bien personal de que tú consigas algo, igual que cuando fracasas o te equivocas, es también tuyo, pero vamos, así que te pongan una alfombra de…eso no. Cuando conseguimos cosas aquí, en general, la gente te dice oye muy bien, muy tal estáis haciendo esto, te animan, te motivan". Eloísa.

A continuación describiremos algunos de los discursos que hemos extraído de las entrevistas a nuestras informantes, en las que tenemos en cuenta la influencia del género en el desarrollo de sus competencias.

9.2.4. Género y Salud

El género en nuestra investigación, lo hemos incluido como un aspecto más del constructo integral de las personas, que abarca, no sólo a las mujeres por ser del sexo femenino, sino que tenemos en cuenta que su concepto es mucho más amplio, y está relacionado con la construcción cultural de su papel a nivel social a lo largo de los años. Y es que sabemos que contemplar la perspectiva de género es imprescindible para diseñar las políticas públicas de salud, puesto que condiciona el logro de objetivos sanitarios y la calidad de las prestaciones en salud, el diseño y la implementación de políticas públicas de salud, no sólo por un imperativo ético de equidad, sino también porque el género condiciona el perfil epidemiológico de la salud de las personas, el logro de objetivos sanitarios y la calidad de las prestaciones en salud.[343]

Además, tal y como hemos visto en Bodoque[344] y también afirma Sara Velasco[345], la línea de salud de las mujeres suele centrarse en los procesos de su ciclo vital, como son la menstruación, reproducción, maternidad, sexualidad, anticoncepción y climaterio, de los que se derivan diferentes necesidades de atención con respecto a los hombres, lo que ha propiciado la elaboración de diferentes Programas de Salud de la Mujer, institucionalizados en las diferentes comunidades autónomas desde que se materializaron las transferencias en Sanidad. Por todo esto, y teniendo en cuenta las necesidades propias de las mujeres, tales como la atención al parto, atención a la salud reproductiva y atención a los malos tratos en la pareja, se hace imprescindible que las mujeres tengan una atención específica para promover su salud, autonomía y capacidad de elección. Por esto hemos querido conocer las implicaciones que tiene la perspectiva de género en las matronas investigadas.

En esta línea, pretendemos comprender otros matices que pueden influir en el desarrollo de las competencias de una profesión eminentemente femenina y si se tiene en cuenta este concepto a la hora de realizar su trabajo. Para ello, hemos indagado en las percepciones que tienen nuestras informantes acerca de este tema. Observamos que la

[343] Arcos, Estela et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Revista médica. Chile v.135. n.6 Santiago jun. 2007 [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000600004
[344] Bodoque Puerta, Yolanda.op cit.
[345] Velasco Arias, Sara. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de la Mujer, Dirección General de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN-13: 978-84-691-4607-12008. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf

mayoría de las matronas, independientemente del grupo al que pertenecen, no conocen el concepto de género, y relacionan, en un principio, su significado a las diferencias entre el sexo masculino y femenino.

> *"El género, el sexo, masculino y femenino"*. Fely.

> *"Pues, género, ¿te quieres centrar en el género femenino? La diferencia de sexo, de mujer y hombre"*. Margarita

> *"¿Qué género?, ¿masculino o femenino? Pues hay dos géneros, el masculino y el femenino, lo que pasa que cuando se habla muchas veces de género y salud últimamente parece que solamente se habla del género femenino"*. Paula.

> *"¿Género antropológicamente hablando?. Masculino, femenino, los rasgos que hay, los rasgos que hay masculinos o femeninos que hay en torno a una persona, es que no me acuerdo muy bien de la definición, pero sé que es algo de eso"*. Manuela.

> *""Si te refieres a la salud de la mujer integral en todos los aspectos de su vida y en todas las etapas de su vida, algo. Muchas cosas, no sé […]. Género, pues la mujer o sea o el hombre, la idea que se tiene de lo que tiene que hacer una mujer, o cómo tiene que actuar una mujer, o cómo debe pensar una mujer, o un hombre, en una situación o en un momento de la vida."* Maite.

> *"Género es, pues el sexo que cada persona con el que cada persona nace, ¿no?, no sé, la las cualidades o las cosas innatas que cada persona tiene por el hecho de haber nacido con un sexo en concreto."* Teresa.

Otra de nuestras informantes perteneciente al segundo grupo, considera que el género es el establecimientos de roles y funciones a nivel social y cultural que desarrollan las personas.

> *"El género en nuestra sociedad se establece en cuanto a nuestra fisiología, en cuanto a nuestro sexo biológico, entonces a nuestro sexo biológico se nos da unos roles en la sociedad, unos roles por ser, eh, por tener un aparato genital determinado y otro, dependiendo de eso se dan determinadas funciones a las personas en la vida, y en cuanto a eso pues a la mujer se les dan una serie de funciones y de roles por las cuales vive la maternidad, el embarazo, las relaciones sexuales, desde que nace hasta que muere"*. Lisa.

En cambio, dos matronas del mismo grupo, asocian el concepto de género con la violencia de género exclusivamente, y vemos cómo alguna reconoce que no le atrae este tema, bien porque lo ve como algo tan amplio que no sabe exactamente qué es

lo que engloban este término o incluso porque lo relaciona, de alguna forma, con la violencia de género, y esto genera rechazo.

> *"A mí, cuando oigo la palabra género me recuerda en seguida a la violencia de género. No sé, lo tengo muy asociado a ese término, a la violencia de género. Porque es lo que más se oye"*. María Jesús.

> *"Genero y salud, se puede ser muy concreto, pero aparte de no sé, supongo que no sé hablar sobre la violencia, hablar sobre hábitos de la mujer, etcétera, eh no es un tipo de información que me atraiga, que me atraiga psicológicamente para estudiarlo, a lo mejor seguramente me pongo a verlo y veo que está muy interesante, pero necesito un título más concreto que género y salud que son dos palabras tan amplias que no sé realmente a qué se refiere, género, hombre y mujer, salud, pues imagínate dices la palabra salud y ya está todo dicho"*. Lumy.

En relación a este tema, concretamente sobre el abordaje de la violencia de género, observamos las respuestas de nuestras informantes, obtenidas en los cuestionarios.

Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso del proceso de parto:

La mayoría de nuestras informantes, trece para ser más exactos, y pertenecientes a los tres grupos, reconocen no haber recibido ningún tipo de formación durante su Especialidad sobre la detección de violencia de género durante el parto. En cambio, vemos que una matrona del primer grupo, tres del segundo y una del tercero afirman que sí se formaron en esta competencia. Hemos encontrado esta habilidad incluida tan solo en el tercer Programa Formativo analizado, dentro de los aspectos socioantropológicos en salud reproductiva, concretamente en el apartado de la perspectiva de género: *Significado social y cultural de ser mujer. Mujer y educación, mujer y trabajo. Violencia contra las mujeres*, por lo que nos sorprende la respuesta de las matronas que no pertenecen al tercer grupo. La formación continuada en este aspecto sigue siendo nula para varias matronas de los tres grupos. Teniendo en cuenta la importancia que le dan las matronas entrevistadas a esta competencia, y que solamente tres de ellas consideran que no poseen ningún dominio de la misma, cada una formada en uno de los Programas Formativos revisados, opinamos, que de alguna forma, aunque durante su Especialidad este tema no estaba presente en los dos primeros Programas Formativos, sí se han preocupado posteriormente por aumentar sus conocimientos en este sentido.

Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género:

Sobre este aspecto, la mayoría de las matronas entrevistadas reflejan que no han sido formada durante su Especialidad, particularmente quince de ellas afirman que no recibieron formación, sobre la atención a las mujeres víctimas de violencia de género durante el parto. En cambio tres de ellas sí, una de ellas del primer grupo y dos del segundo. En cuanto a la formación continuada siete de ellas afirman que no han actualizado sus conocimientos. Aun así, todas consideran importante esta competencia pero algunas matronas de los tres grupos reconocen no dominarla. En esta cuestión no encontramos relación con el Programa Formativo de la Especialidad, y apuntamos la necesidad de mejorar la formación continuada en este aspecto a través del Plan Integral de Formación en Violencia de Género de Murcia, que destacamos anteriormente.

Continuando con el concepto de género, algunas de nuestras informantes sí que nos ofrecen una definición más concisa de lo que entienden por el significado del género, los roles y las necesidades de las mujeres sobre la salud, y hacemos hincapié en la referencia al tratamiento de la mujer dentro de la obstetricia, como niñas sin capacidad para decidir ni para pensar como afirman dos matronas del segundo grupo. Ellas perciben que en el hospital, a pesar de que cada vez hay más mujeres profesionales, se trata a las mujeres que están en proceso de parto, con un poco de violencia e imposición por el hecho de ser mujeres y porque se las considera del sexo femenino o *sexo flojo*. Refieren sentimientos de sumisión y miedo por parte de las mujeres en este entorno, debido principalmente a que la atención al parto, desde un punto de vista del género, se ha realizado desde el modelo biomédico predominantemente con un enfoque masculino, con poco poder de decisión de las mujeres, algo que está cambiando según algunas de nuestras informantes, pero de una forma muy lenta, hacia otro modelo diferente.

> *"Tenemos una condición social que nos discrimina y nos trata de forma diferente a las mujeres por ser mujeres y se ve mucho en la obstetricia […] no sé si porque somos mujeres se… no se toma en cuenta las decisiones de las mujeres, no se toman en cuenta sus necesidades, no se toman en cuenta sus condiciones y creo que es una cuestión de más que de feminismo de género, del hecho de que son condiciones puramente femeninas y durante mucho tiempo se han banalizado, no se le da importancia, se les trata a las mujeres como niñas, sin capacidad para*

decidir ni para pensar, y eso se ve en todo el sistema pero se ve especialmente en la obstetricia". Carmen.

"A ver género yo creo que es lo que nos distingue a unas personas de otras por ser de un sexo o de otro, y yo pienso que hoy en día por ser del género femenino las mujeres en los hospitales están pueden estar discriminadas, sobre todo porque llevamos una tradición de muchos años donde los profesionales han sido hombres y creo que eso hace que las mujeres estén, sean más sumisas y tengan más miedos. El tema del género, que los médicos han cambiado, los profesionales cada vez hay más mujeres en los hospitales, pero aun así, en nuestra profesión, que nosotras solo atendemos solamente a mujeres, aun así las mujeres llegan con miedo, pero creo que eso ahí creo hay un poco de violencia ahí de género, es decir, por ser de distinto sexo están ahí machacando, se están, me están imponiendo cosas por ser del sexo femenino, el sexo flojo". María.

Las características que refieren algunas de las matronas entrevistadas acerca del trato dispensado, en ocasiones, en el hospital hacia las mujeres se traduce, según María, en falta de respeto a su intimidad, destacando el momento en que se le explora, debido al número de personas que las pueden ver en ese momento tan íntimo y especial de su sexualidad, e incluso habla de aceptación, o podríamos definir como sumisión, por parte de la mujer, a esas exploraciones, a la forma de atender su parto y la posición en la que va a dar a luz. Esta matrona cree que se puede ayudar a las mujeres, para que no haya discriminación, a través de la formación. En cambio, Eloísa, del tercer grupo, va más allá y añade que los roles de género determinan las necesidades, tanto sentidas como reales, sobre la salud, e incorpora la dimensión cultural al trato hacia las mujeres en el ámbito hospitalario.

"Primero lo noto en la forma de tratar a una mujer, una mujer tiene que aceptarlo todo, es decir, tiene que aceptar que la exploren, tiene que aceptar una decisión de una inducción de parto, aceptar una posición, aceptar que la vea todo el mundo de cualquier manera, aunque esté desnuda, pues bueno, todo el mundo puede verla, no pasa nada, no se respeta lo que es su sexualidad en ese momento, nada. Pues yo lo que opino es que primero que lo que decíamos que nos tenemos que formar y creer y teniendo formación podemos ayudar a las mujeres que atendemos, y que tenemos que intentar eso que no haya esa discriminación por el simple hecho de ser mujeres nuestras pacientes". Maria..

"Si, supongo que el género y los roles de género, determinan mucho tus necesidades sentidas y también tus necesidades reales sobre la salud, o sea ya te determina, ¿no? […]. El género va a tener una serie de connotaciones culturales que en un momento dado se te van a reflejar en tus necesidades de salud, en lo que se te ofrece, que a lo mejor no siempre es lo que tú necesitas, incluso en la forma de tratarte, en un momento dado vas a

llegar a un hospital por el género que tienes, lógicamente a la mujer o sea ese rol se le determinan y se le adjudican una serie de características y una serie de necesidades, e incluso hayan profesionales que piensen que tienen que tener un comportamiento determinado y eso también es muy cultural" . Eloísa.

Tal y como hemos comprobado, tan sólo en el último Programa Formativo analizado se contempla la formación en género para las residentes de Matrona. Aun así observamos que algunas de las matronas formadas en los programas anteriores, han recibido conocimientos al respecto en otras disciplinas, como en Antropología, o cursos, como ellas mismas señalan.

"En Inglaterra, he hecho varios cursos después de haber terminado la residencia. Pues que está a la orden del día. Con respecto al género y salud, relacionado con el tema de las mujeres, ¿no? lo que es la salud de la mujer". Maria Jesús

"Pues no mucha, sí que tuvimos la suerte de que nos dieron algo, porque nos dieron alguna charla interesante, pero hay poca por lo menos concienciación, de que nos ha llegado poco, se da como parte teórica, pero no llega a la práctica, a la evidencia del día a día". Carmen.

"Yo he tenido mas formación en género en la carrera de Antropología, pero la tendencia a la formación en género si se está llevando a cabo ahora, de hecho yo una parte que doy en la unidad docente, una clase, es todo género, género y salud, yo creo que es un concepto que antes no se tenia tanto en cuenta como ahora, por eso puedo decir que en la formación entre 2004 -2005 o 2005-2006 carezca de eso porque tampoco se daba, de hecho la Estrategia del parto normal se publicó en 2007, justo después de que yo terminara la residencia, por eso quizás tampoco se contemplaba como ahora.". Lisa.

Dos matronas formadas con el último Programa Formativo no recuerdan bien la definición, pero curiosamente una de ellas opina que la docente que impartió este aspecto, lo explicó muy bien.

"Y luego también hicimos un trabajo, sobre el género, sobre cómo se había cómo a lo largo de la historia se había cambiado el concepto de género, o sea pues desde casi desde como se ve el género en determinadas tribus y cómo se cambió en Europa desde la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad y cómo todavía eso tiene que ir cambiando". Eloísa.

"Si, en su día a lo mejor la recibí, pero se me ha olvidado, la verdad no lo sé, la dio… (nombre omitido), *la dio muy bien, dio muy bien sus clases pero te voy a decir que a lo mejor es culpa mía pero se me ha olvidado la definición entera"*. Manuela.

Entre las diferentes opiniones vertidas por nuestras informantes en relación al género, hemos clasificado aquellas pertenecientes a dos matronas del primer grupo, en las que relacionan el género con la igualdad entre el hombre y la mujer, y las diferencias culturales percibidas entre las mujeres que vienen de otros países, sobre todo en cuanto a sus derechos y actitudes, tanto de ellas como de sus parejas, en el momento que acuden al hospital para tener a sus hijos e hijas. Vicenta, del primer grupo analizado, nos transmite que percibe machismo también entre las mismas mujeres.

> *"Yo es que no tengo, nunca he tenido mucho problema con la palabra de género, ni que si ahora la mujer o el hombre, para mi nunca ha existido ese problema, entonces no lo veo...En mi trabajo como matrona, como las matronas que estamos todas aquí no, en la mujer que viene de fuera si, hombre lo que noto es que todavía nos queda mucho por correr en la igualdad, entre el hombre y la mujer sobre todo en las que vienen de fuera, inmigrantes, magrebíes, ecuatorianas, percibo desigualdad entre unos y otros, hombres y mujeres, a nivel de derechos, sobre todo en la actitud"*.Fely.

> *"Yo creo que todavía queda mucho machismo, pero no machismo solamente en el género masculino, sino con nosotras mismas, porque aquí estamos viendo cada día magrebíes que le piden permiso al marido para ponerse la epidural, entonces eso es una situación que ellas están viviendo y si ellas no lo tuvieran integrado ese permiso no se les pasaba por la cabeza de pedirlo, ¿entonces son ellos machistas?. Sí, pero ellas también, y en cuanto a nosotras, pues supongo que todo es superable, y que seguro que tenemos también por ahí atrasado muchísimo, que ahora mismo vemos eso porque en nuestra formación nos resulta muy chocante pero seguro que arrastramos muchas cosas."* Vicenta

Una matrona del tercer grupo, Maite, considera que es complicado ponerse en el otro lado, pero que es importante a la hora de mejorar la atención a la otra persona, y argumenta que hay que concienciarse para que la gente se vaya lo más satisfecha posible, aunque a veces sea difícil. Y Maite, también del mismo grupo, cree que se deja llevar por sus creencias cuando ve a una mujer y piensa lo que tiene detrás, y no sólo el problema ginecológico por el que consulta, lo que sería deseable en cualquier tipo de consulta sanitaria.

> *"Que es complicado ponerte en el otro lado, que muchas veces lo difícil es si siempre si lo vemos desde el punto de vista de mejorar la atención a esa persona y hablando ¿no? así del paritorio la persona…que muchas veces es complicado ponerte en el otro lado, pero ya es complicado bueno ya es complicado normalmente con una persona que es de tu misma cultura de tu misma raza pues ya si te viene… y yo creo que eso es algo que nos tendríamos que concienciar, que nosotros estamos aquí para atender a*

la gente, para que la gente se vaya lo más satisfecha posible, y que hay que respetarla ¿no? entonces que en general, yo creo que las matronas de aquí todo el mundo lo tiene muy claro pero hay que hacer un ejercicio ahí por cosas culturales ya que vienen ya de de hace mucho". Eloísa.

"Creo a veces sí que me dejo llevar por mis creencias. Pues cuando a lo mejor viene una señora con un problema ginecológico, obstétrico, sobre todo ginecológico, te generas tú tus ideas de por qué le he podido pasar o por qué viene, o, si realmente ese es el problema de verdad o hay un problema detrás, pero bueno, no sé si eso está relacionado con el género, con la ideología o con la persona, en sí". Maite.

Destacamos algunas de las opiniones de matronas del segundo grupo, que creen que la violencia de género es un tema de moda, que está a la orden del día, y apuntan la necesidad de que las matronas se formen en materia de violencia de género, cómo atenderlas, cómo y cuándo derivarlas, etc. Finalizamos este apartado con el discurso de una de las matronas del segundo grupo, quien destaca nuevamente que, dado que las mujeres no somos un grupo homogéneo, es necesario individualizar sus cuidados y atención de forma integral, lo que redundará en una mayor satisfacción de cada mujer atendida.

"Pues que está a la orden del día si, la violencia de género". María Jesús.

"Pues creo que es un tema que está hoy en boga y creo que, bueno, pues sería interesante que las matronas sobre todo tuviéramos información y supiéramos donde acudir en caso de algún problema de violencia de género, mujeres que yo qué se, que a lo mejor no se te abren porque tienen problemas, cómo tratar a esas mujeres cómo saber en qué momento puede haber ahí, un no sé violencia o puede haber algún problema familiar, alguna cosa no? Porque es verdad ahora tenemos una señora ingresada ahí con un problema de violencia de género embarazada eh, con agresión y demás, y claro estamos un poco que en seguida llamamos a la trabajadora social porque no sabemos cómo abordar ni qué hacer ni qué decirle a la mujer ni donde tiene que acudir ni… y un poco, si tuviéramos un poco más de conocimiento acerca de…". Fuensanta.

"La importancia que le veo, pues sí hombre a la hora de trabajar, a la hora de… importante claro tener otro punto de vista, Hombre yo no lo voy pensando a cada momento, la verdad, si no...Yo trabajo y punto, y no, no voy pensando esto es masculino o esto es femenino, esto". Manuela.

"Cada vez la gente se da mas cuenta de que las mujeres no somos un grupo homogéneo y que la gente no vive ni la maternidad ni el embarazo ni el puerperio ni la sexualidad igual, y que eso hay que tenerlo en cuenta a la hora de trabajar para poder realizar tus actividades pues de una forma que la gente se vaya contenta." Lisa.

9.2.4.1. Percepciones sobre género

Para nuestro estudio, también creemos relevante conocer el interés que muestran nuestras informantes acerca de si desean recibir más conocimientos y habilidades con respecto al género, para poder integrar la perspectiva de género en su actividad profesional y como parte de sus competencias y sus opiniones al respecto. La mayoría de las matronas entrevistadas son partidarias de aumentar sus conocimientos, concretamente todas las matronas del primer grupo, algunas del segundo y la mitad del tercero. Lisa afirma que tiene claro el concepto, dado que ha estudiado Antropología y estudios de género, a pesar de reconocer que cada día salen estudios nuevos e ideas nuevas a tener en cuenta, en cambio, Paula opina que le gustaría recibir la formación pero de forma sencilla y clara, ambas pertenecientes al segundo grupo.

> *"Tengo, pero es un tema que nunca me…no me importaría ampliar conocimientos"*. Maria Jesús.

> *"Si, pues si, y por ejemplo, sobre violencia de género no se habla nada tampoco, no dimos nada, ah, y de hecho fui a un curso de sensibilización sobre violencia de género que, por ejemplo, eso fue muy útil, te abre mucho los ojos, que se hizo aquí"*. Mariló.

> *"Desde la Antropología si tengo claro el concepto, la forma de seguir estudiando y conociendo sobre género la tengo a la mano, porque llevo otros estudios aparte, sobre todo por parte de la disciplina de la Antropología mezclada con la salud en estudios de género. Incluso hay un Instituto, que defiende sobre todo eso la igualdad en oportunidades y también el empoderamiento de las mujeres. Entonces de momento parece que sí estoy un poco al día en género y salud, pero cada día salen estudios nuevos e ideas nuevas y tendencias nuevas que hay que tener en cuenta, nunca una persona termina sabiendo todo"*. Lisa.

> *"Bueno, siempre que no fuera farragoso […]. A mí me gusta ir al grano siempre, no me gustan los circunloquios ni los rodeos ni una clase magistral de tres horas y que sacas cinco minutos de conclusión, entonces sí me gustaría, pero quien lo impartiera que fuera al grano, porque a veces los sociólogos, antropólogos y tal, pues empiezan allí a hablar del Australopitecus y que está muy bien, pero vamos a vivir, vamos a centrarnos en la realidad nuestra, en una sociedad occidental eh, e incluso voy más allá, Murcia provincia de Murcia que tenemos nuestras propias, nuestra propia idiosincrasia en relación a otras"*. Paula.

Vemos cómo dos matronas del tercer grupo solicitan que la formación que se imparta sea más aplicable y de forma continua, para que les ayude a separar las creencias de los valores de la mujer, principalmente cómo actuar ante determinadas

situaciones, debido a esos valores, y una de ellas destaca su participación en un estudio realizado con la técnica del incidente crítico.

> *"Si, no es formarme más sino, saber separar, aprender a separar lo que es el, las creencias, los pensamientos, los valores de uno, de lo que se plantea cuando viene una persona, […]. El curso… bueno, no fue un curso, fue aquel proyecto que se hizo o trabajo […] Exactamente, yo sabia que había hecho más de cursos, y que me pasó algo así, el incidente crítico que yo puse, estuvimos debatiendo eso, el, los valores, o sea el cómo actúa una ante ciertas situaciones por sus valores y sus creencias, cómo respondes, que al final tú intentas llevarlos ahí al detrás sin que se note, pero al final algún comentario algún gesto se transmite"*. Maite.

> *"Si, supongo que sí, si es que formación necesitamos todos en todo siempre ¿no? porque aunque te hayas formado bien si no sigues con eso se te olvida, se te olvida.[…] Si la verdad si, si me pusiera si, pero como para buscarlo no, si me hablan si me interesa la Antropología en general, me gusta, pero como para buscarlo no"*. Manuela.

9.2.4.2. Formación sobre género

A la hora de transmitir la perspectiva de género y poder incorporarla de forma transversal a los cuidados que ofrecen las matronas, nos planteamos cuál sería la metodología más adecuada para nuestras informantes, o, al menos, de qué manera les gustaría recibir esta formación, con lo que hemos recogido sus preferencias en este sentido. Varias de nuestras informantes, pertenecientes a los tres grupos establecidos, opinan que los cursos son la mejor forma de recibir la formación específica en el tema de género, bien porque es la única metodología que conocen o porque creen que es la más adecuada o accesible, sobre todo si son obligatorios, e incluso algunas plantean el haber barajado la idea de cursar un máster.

> *"Pues como sea, no sé, pues haciendo algún curso"*. Rosa.

> *"Pues los cursos que se organicen en formación continuada del hospital o por parte de la Dirección General"*. Margarita.

> *"Pues no lo sé, a través de cursos, a través de un máster, me estoy empezando a meterme ahora en el ordenador, que yo estoy muy atrasada, y por ahí se pueden aprender muchas cosas […]. Es que como no lo sé hasta dónde daría, pero todo lo que te venga pues bienvenido sea, si es por Internet, por un máster"* .Vicenta.

> *"Pues me estuve planteando hacer un máster que hay en Madrid de Salud Sexual y Reproductiva, esa podría ser una opción que contemplo, y luego pues estaría muy bien si se diera formación a nivel de… pues, por ejemplo, el FFIS o algo así"*. María Jesús.

"Hombre, yo pienso que la formación se inicia con una serie de cursos, una serie de cursos, que es que estuvieran obligados, es decir que las horas se cumplieran, buscar un horario acorde y también facilitarnos […]. Pues con buenos profesionales que te enseñen, y luego quizás sería no sé yo desde el género y todo esto intentar hacer prácticas quizás con asistentes sociales, no sé quién lleva el tema de del género, no sé, no sé, pero tendría que ser con formación primero". Gory.

"Hasta ahora la formación se hace mediante cursos, pero vamos, eso ya es más difícil ese tema, porque igual que hemos hablado sobre el expulsivo y el manejo del periné y tal, eso creo que es más bien práctico, que alguien te transmita su experiencia teniéndola al lado, diciendo esto así, o asao, o paciencia o aquí, pero sobre género, te lo pueden transmitir verbalmente pero no, más difícil que haya una persona en el momento en que a ti se te plantea esa situación al lado tuyo, o verlas". Maite

En algunos casos, como ya hemos descrito, se relaciona el género con las costumbres culturales de cada raza o etnia, y en este sentido Eloísa, del tercer grupo, cree que la mejor formación partiría de un o una mediador/a cultural que se encuentre inmerso/a en nuestra cultura, pero perteneciendo a otra, con lo que podría transmitir mejor las diferencias y facilitaría así su comprensión por parte de las matronas. Carmen, del segundo grupo, sugiere que este tipo de formación se impartiera a través de talleres prácticos en los que se analizaran las cosas que se realizan en el trabajo, para ver no sólo cómo se hacen sino, y quizás esto sea lo más importante, por qué se hacen de una determinada forma, lo que ayudaría a incorporar mejor la perspectiva de género en su desarrollo profesional con las mujeres.

"En lo del tema del género si nos dieran información sobre cómo se ve desde el punto de vista de las diferentes culturas que nosotros estamos tratando, no va a ser igual el género para una mujer marroquí que para una australiana que para una española, o sea por el contexto cultural luego también la experiencia personal cómo lo viva cada persona, todo eso varía. Hombre, si fuese alguien o sea si se pudiese hacer una formación desde una persona que sea de esa cultura, lo mejor un mediador cultural que en un momento dado te puede hablar de…porque es justamente la persona que está en medio de las dos culturas, ¿no? así que te pueda hacer llegar esa forma de ser o esa forma de entender pues no estaría mal". Eloísa.

"Pues me gustaría, en forma sobre todo de talleres prácticos, de cómo ver las perspectivas de cómo analizar las cosas que hacemos, cómo las hacemos y por qué las hacemos, y quizás nos falta un poco la visión o el enfoque". Carmen.

Dos de las matronas entrevistadas, una de ellas del segundo grupo y otra del tercero, creen que es importante que la formación sea llevada a cabo por personas que

trabajan en este tema, aunque denotamos que de nuevo se refieren a la violencia de género, más que a la perspectiva de género en particular, por lo que transmiten en sus discursos. Incluso Mariló, también del segundo grupo, propone participar en alguna organización a modo de voluntariado como forma de aprender esta competencia de una forma más didáctica.

> *"Pues con algunas charlas de la gente que lleva estos temas y que, día a día, trabajan en ello, una simple charla o decir pues en caso de esto o si veis estos signos o hablar con la mujer o ir a la planta, y oye, no sé que a lo mejor no son muchos casos pero cuando hay alguno no sabemos muy bien qué hacer o cómo abordar el tema, pienso, no sé"*. Fuensanta.

> *"Yo los cursos que he hecho siempre han sido con personas que están muy directamente relacionadas con este tema y yo creo que son temas que te lo tienen que impartir personas que lo vivan que lo trabajen diariamente, no son temas que lo puedan impartir gente que simplemente se hayan formado teóricamente, porque es que igual que ocurre con el tema del duelo puerperal y todo eso, te lo tiene que transmitir una persona que lo viva, y que lo trabaje y que lo trate porque si no no…"*. Teresa.

> *"Pues sobre cursos o a lo mejor algún voluntariado en alguna organización que se dedique a esto o no sé, no se me ocurre otra forma ahora mismo"*. Mariló.

Por último, y como otro tipo de metodología que nos sugiere una de nuestras informantes, destacamos la formación a distancia o digital de forma online, para un mejor acceso y disponibilidad, principalmente para las matronas que disponen de poco tiempo libre o residan lejos de Murcia capital.

> *"Pues incluso online, el problema que tenemos todas y todos hoy día es el desplazamiento a sitios centralizados a este caso a Murcia capital, sobre todo los que trabajamos en sitios alejados de la capital para la docencia, entonces hoy día el perder una hora o dos horas en desplazamiento no sólo a nivel económico, coche gasolina, sino a nivel de tiempo eso es un lujo, sobre todo a los que tenemos hijos. […] o se hace en tiempo en tiempo laboral o bien online ya cada uno en su tiempo libre, cuando le dé la gana."*. Paula.

9.3. Consideraciones finales

Para finalizar este capítulo, hemos seleccionado algunos de los comentarios de nuestras informantes, pertenecientes al primer y segundo grupo, que nos muestran cómo muchas de ellas están contentas por ser matrona, por la labor que hacen las matronas, la reivindicación de los puestos de trabajo que deberían ser ocupados por

matronas, y también reconocen el trabajo que hacen los/las ginecólogos/as, que a veces muestran incluso admiración por el trabajo de la matrona. Y, en relación a nuestro estudio, la consideración de la Estrategia de Atención al Parto Normal como un antes y un después en el modelo de atención al parto, que ha propiciado, y lo sigue haciendo a día de hoy, una mejor atención al nacimiento en general, a la mujer, su pareja y criatura, y no sólo al parto normal.

> *"Yo que estoy muy contenta de ser matrona, que, de verdad, de verdad, hay dos cosas o tres cosas que he elegido yo de, he elegido a mi marido, a mi profesión tal y mi profesión me costó elegirla por eso porque lo que te decía al principio, todos maestros tal, y yo digo "no mamá yo me quiero ir a estudiar matrona", "vamos a ver ¿matrona? ¿Qué estás tú diciendo?" Tal, ¿me entiendes? Y elegí un poco que… no no es que se opusieron mucho pero fue un poco salirme de… mi hermano maestro mi hermana maestra, mi padre maestro, mi cuñada maestra, todos maestros, entonces cuando yo dije eso pues se resultaba un poco chocante pero fue una decisión que tomé que que de verdad que estoy contenta"*. Rosa.

> "*Que espero que el maternal sea nuestro, porque pienso que tiene que ser nuestro, y yo espero verlo antes de que me jubile, si es que no tiene sentido, si en cuanto estornuda la señora llaman a la matrona, yo no es que quiera mandar a nadie al paro pero es que naturalmente la maternidad es nuestra, yo a es que lo veo así y las puérperas son nuestras porque, aquí no, pero en otros sitios tú subes a ver los puntos, tú subes a ver si tienen leche, tú subes a ver si se lo enganchan bien, entonces, qué hace un personal que no es matrona arriba en la planta?, pues eso cuando esta gente venga empujando y hayan suficientes tendrán que ir desapareciendo poco a poco"*. Vicenta.

> *"Bueno, pues que creo que ahora mismo como decía, aunque la formación que yo pude adquirir no es igual que la que ahora mismo se está dando, pero yo he querido durante mi experiencia personal estar actualizándome, que creo que es lo importante, seguir formándote y actualizándote, y me enorgullece que la gente que ahora mismo sigue formándose pues esté también mejorando en este proyecto de formación, y creo que es conforme van saliendo promociones nuevas pues cada vez estamos mejor formados y mejor preparados, precisamente para diversificar dentro de nuestra especialidad y de nuestras competencias pues que podamos luego subespecializarnos y atender a lo que nos guste y a lo que queramos lo mejor posible"*. Margarita.

> *"Decir que, bueno que estoy muy contenta por la labor que hacen las matronas en este hospital, o sea, estoy, bueno, yo no sé, a quien me no sé, a quien me pregunta, a quien me, porque por la calle me felicitan y me dicen, y qué parto y que tal y qué equipo tienes allí, y como se portan qué humanas son, qué profesionales, […] creo que los ginecólogos también hacen una buena labor, que no siempre tenemos que ponerlos de los malos de la película, y… y, bueno pues nada que creo que la Estrategia de Atención al Parto Normal ha sido un antes y un después […], aunque a veces los*

ginecólogos se nieguen a verlo creo que lo están aceptando mejor de lo que yo pensaba, y creo que están con los nuevos tiempos y dejando a la matrona hacer y eso es muy importante. Y creo que se está considerando mucho más la figura de la matrona, muchísimo más, muchísimo muchísimo más, y y creo que incluso sienten admiración, y quieren hacer lo que hace la matrona porque ya muchos ginecólogos que se entran a mirar, a ver, a esperar cómo baja la cabeza a no estar "corta corta corta" y y ellos mismos te dicen a ver y esto cómo lo haces y esto tal, o sea están empezando a interesarse por lo que ha sido de la matrona y tiene que seguir siendo que es el parto normal y nada más". Fuensanta.

"En cuanto a la Estrategia del Parto Normal, estamos cubiertas, te lo digo en serio, y cualquier cosa se que se hace, pero…o un curso de suelo pélvico, o un curso de…pero no quizás a nivel central, sino por áreas, donde los profesionales pudieran ir mejor, como lo que estáis haciendo con la Estrategia del Parto Normal, por áreas, donde los mismos profesionales son los que montan el curso y la gente se motiva, pues con las demás competencias también se podría hacer, sobre todo con las que detectéis que la gente está más… que lo ha dejado un poco mas". Lisa.

Consideramos necesario además continuar esta línea de investigación, no sólo para dar a conocer cuáles son las competencias profesionales de las matronas a nivel laboral y social con lo que contribuir a mejorar su reconocimiento profesional, y poder establecer los perfiles profesionales más adecuados para estas especialistas, sino también para comprobar y evaluar de forma continuada que todas las profesionales que se encuentran trabajando de forma activa en los diferentes niveles asistenciales, mantienen dichas habilidades a la hora de poner en práctica todas sus competencias profesionales. La clasificación y categorización de los temas y subtemas más relevantes que hemos desarrollado en nuestra investigación se incluyen en el Anexo VII.

9.4. Grupos de madres

Para finalizar este capítulo, incorporamos algunos de los discursos obtenidos en los dos grupos de madres en los que tuvimos la oportunidad de participar, y en los que tratamos de indagar el concepto que tienen sobre las matronas, algunas de las mujeres que han sido atendidas en hospitales de la región, y cómo estas opiniones pueden influir también, de alguna manera, en la mejora de la atención al parto y, por tanto, en la satisfacción tanto de las matronas como de las mujeres. Además, pretendemos tomar el pulso de alguna forma al objetivo principal de la atención que profesan los y las profesionales implicados/as en la atención al parto, y conocer si aprecian cambios en la asistencia clínica que reciben y su opinión acerca de los mismos.

Les preguntamos acerca de los aspectos negativos y positivos de su parto y qué cosas cambiarían con respecto a la atención por parte de los y las profesionales sanitarios/as. Asimismo, los nombres utilizados son ficticios para mantener la confidencialidad de las mujeres participantes y evitar su identificación.

En primer lugar hemos incluido aquellos testimonios que otorgan una connotación negativa a su nacimiento, bien sea por el intervencionismo para acelerar el proceso e incluso por no facilitar determinadas prácticas clínicas basadas en diferentes evidencias científicas y documentos oficiales. Algunas de las características que destacan y que hemos extraído en relación al equipo de profesionales que las atienden son: excesiva intervención, descoordinación, descontrol, discrepancias, opiniones diferentes sobre el uso de la analgesia epidural, falta de comunicación y de información, entre otras.

"Lo que no me gusta, tanta intervención […]. Me sentía tranquila pero era innecesaria […]. Y luego ya, en el momento del expulsivo, pues no terminaba de bajar, o sea yo me imagino que al acelerarlo todo tanto yo estaba preparada pero no terminaba de bajar la cabeza, fueron dos horas de parto, con ventosa, el bebé salió…me salió así, con la ventosa, yo desgarro total, el bebé se lo llevaron, se lo llevaron..Pero tampoco había un motivo, porque se lo llevaron y lo vieron mis hijos, lo vieron mis hermanas" "Si, dicen, nos lo llevamos porque le hace falta calor" digo: ¿calor?". Bea.

"…y entonces ella, bueno, me intentó respetar lo máximo posible, pero la verdad es que el crío sí que tuvo alguna deceleración y tal, y ya me tuvieron que poner oxitocina pero bueno, lo mínimo, lo que pasa es que veía ahí mucha descoordinación, llegaba una matrona y me decía una cosa :"Ah no, si te pones oxitocina eso ya no es un parto natural" y yo, bueno: "ya sé que natural natural no es…pero por lo menos que sea sin epidural", otra me decía: " pero, ¿como te pueden haber dicho eso?". Digo: yo qué sé, quiero hablar con la ginecóloga. Luego llegaba la ginecóloga y me decía otra cosa...yo noté un poco pues eso, descontrol porque cada una opinaba una cosa…". Diana.

"…a mí me ha pasado con la epidural, en los dos partos, de decir:"no, es que no quiero ponérmela" y los dos, un ginecólogo decir:"pero tú sabes que si hay que hacerte alguna ventosa o un fórceps o una cesárea…" y yo:"pero vamos a ver, ¿pero por qué tenemos que pensar en lo malo? ¿Por qué me tiene que pasar?... En los dos partos, y claro eso, pues ya empiezas a pensar en esas posibilidades y el parto ya no fluye como tiene que fluir". Fany.

"…en Recuperación nadie me dijo nada, yo preguntaba y nadie me decía, o sea, preguntaba:"y mi hijo ¿dónde está?"… "oo, ehh" entonces decían:"el protocolo, rutina rutina" y yo veía que en recuperación todas estaban con sus bebés, menos yo, y yo decía:"esto no tiene que ser la rutina,

porque aquí hay siete más y todas tienen a sus bebés, o sea, yo sabía que estaba malo, yo no quería que lo trajeran porque yo sabía que se lo habían llevado porque estaba malo, pero nadie era capaz de coger el teléfono y llamar a neonatos o preguntar a ver, dónde estaba, si estaba en la UCI, si estaba en neonatos, si estaba bien, si estaba en una incubadora, si estaba en una cuna, o sea, nadie me decía nada…"tú tranquila" era como muy…paternalista todo: "Tú tranquila cariño, tu…" o sea, mucho cariño, mucho bonica, muy tal, pero yo no quería atención, yo quería saber dónde…dónde estaba ¿no? […]. Yo creo que es compatible pedir ciertas cosas médicas, o necesitar ciertas cosas médicas, y si es evitable favorecerlo ¿no? pero no sé, es es, sí que se percibe discrepancias de criterios con desde las matronas a…a los ginecólogos, es como una pelea por un espacio médico". Ana.

Como aspectos positivos, algunas madres destacan el respeto hacia sus expectativas y preferencias, bien manifestadas a través de un plan de parto o bien directamente, comunicando su intención de tener un parto lo menos medicalizado posible, natural sin epidural, pero eso sí, con diplomacia, y destacan los cambios que observan de un parto anterior a otro en el que comprueba que no tiene que solicitar la no medicalización de rutina.

"…a mí, por ejemplo, se respetó muchísimo mi plan de parto, me hicieron nada más que dos tactos, no me pusieron...pedí que no me pusieran epidural y no me la pusieron, pedí poder moverme me dejaron moverme, levantarme de la cama, los monitores me los ponían de vez en cuando me los ponían de pie, había tanto la matrona como la residente que había eran, no sé muy amables, me trajeron un suero caliente para ponérmelo, muy bien, yo en ese sentido muy bien, tuve problema, pues sobre todo primero que es la primera vez y tú ya tienes miedo entonces, la matrona, que era muy amable, me decía en el expulsivo me reportó muchísima tranquilidad […]. En recuperación me la puse al pecho, me ayudaron mucho porque yo preguntaba, cómo me la pongo tal y me ayudaron mucho las matronas, ese fue muy bueno". Carla.

" Mi primer parto la verdad, es que fue muy respetado, que ya fui yo también pues, diciendo con diplomacia: quiero un parto a ser posible natural, sin epidural y todo eso, lo único es que estaban un poco en guerra, la matrona era la que más me respetaba, y la ginecóloga que a ver si me rompían la bolsa, entonces bueno, que la matrona me decía: "no hombre" intentaba mediar con la ginecóloga, diciéndole: "mira, de momento ella puede aguantar, si ella quiere", y yo: si, si si, si puede ser que no me la rompan todavía, porque de hecho yo llevaba las contracciones muy bien, y luego, se ve que hubo alguna algún problema en el monitor, estaba un poco alto el, un poco… por encima, no llegaba a más de lo normal, pero iba un poco rápido, y entonces ahí sí que parece ser que había que romper la bolsa, porque luego cuando la rompieron vieron que los monitores de mi hijo mayor es que eran así, o sea que no iba… que antes de nacer era…o sea que no era realmente ninguna anomalía, pero bueno, en general la

verdad es que el primer parto yo estoy muy contenta porque la matrona además me dio a elegir la postura, pude parir en cuclillas". Diana.

"El primero sí me puse la epidural, por…bueno, por… novata, supongo, que llegué de seis centímetros, no sé cómo me la pusieron, porque estaba ya…parí una hora y pico después, o sea que… hubiera aguantado seguramente, pero yo, me habían contado que los partos eran tan largos, yo llevaba diez horas con contracciones, yo pensaba que me quedaba todavía un montón y luego me llevé la sorpresa de que fue visto y no visto, y en ese la verdad es que bien […]. Lo que me sorprendió es que allí habían cambiado bastante las cosas, llegué y dije que también así yo, en vez de llegar también yo, no quiero, no quiero nada: de momento voy a intentarlo sin epidural y tal y en seguida llegó la matrona, me quitó el monitor y me dijo que me levantara, que no tuve yo ni que pedirlo. El siguiente, pasaban por allí de vez en cuando a ver cómo estaba, me dejaron sola, en la habitación, el monitor me lo puso otra vez pero de pie, también, y entré andando al paritorio, yo solica, y la verdad es que bastante bien, el parto fue, luego mi marido que era el que yo había aleccionado para que si yo no lo podía decir que lo dijera, me lo pusieron al pecho inmediatamente, y se enganchó además estuvo mamando". Elisa.

"Y luego también, que pedí oscuridad y me pusieron oscuridad, sólo se rompió cuando entró un ginecólogo, porque en la ronda que hacen, y luego pedí más intimidad, y me dejaron entrar a un cuarto de baño que no se estaba usando, pues lo tenían ahí en dilatación y decían:-"esto, como todas vienen con epidural…dice, este cuarto de baño en una semana no se ha usado, pero los turnos de limpieza lo limpian cada vez, dice: ¿quieres pasar aquí?"Y me cerré la puerta y me quedé, yo necesitaba estar a oscuras completamente, y me dejaron estar ahí, no me dejaron caminar por el pasillo ni nada, pues porque no lo permiten, y eso sí que me…sí que me gustó, lo único lo del propess". Ana.

"…me bajaron a paritorio y, me pusieron epidural, me preguntaron si quería, yo sí quería, que si era mi primera experiencia, dije que sí, y muy bien, la verdad es que muy contenta, y las matronas se portaron muy bien, el ginecólogo que me había llevado el embarazo también. Fue todo muy rápido, o sea al final, nació a las once de la mañana, muy contenta, con todo en general. Y con él, si me descuido lo tengo en el coche, porque me puse con molestias a las tres de la mañana, como tenía que dejar a la niña, tenían que venir y tal, tardaron un poquito, a las cuatro de la mañana salimos de casa ya con las contracciones mucho más seguidas, y...ingresé a las cinco menos diez, y las cinco y veinte nació. La matrona me preguntó, o sea, llegué, me hizo el tacto, y me dijo:-"ocho centímetros, ¿Quieres la epidural? Digo: "me gustaría" Dice:-"no vamos a llegar" Digo: "pues si no llegamos, no llegamos, no pasa nada, ¡qué vamos a hacer!". Gabriela.

Además, una de las mujeres reconoce que en su caso las matronas sí que fomentaron que dilatase en diferentes posiciones, incluso en la silla de partos, y la

utilización de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor durante el proceso del parto, como son las inyecciones de agua estéril.

> *"…las dos matronas, los dos matrones porque al ser chico y chica, me dijeron:-"mira, te podemos buscar la silla de partos" Me la trajeron -"si te duele muchísimo te podemos hacer una inyección de líquido en la espalda, tal". Cosas que yo incluso ni sabía que existían, bueno, la silla sí, la conocía."Me dejaron con mi marido y con una amiga que también se pudo quedar conmigo. Muy bien, muy bien excepto en el que eso, esas tres horas que yo estaba en comp…casi en completa, que yo sabía que yo estaba casi en completa, no me dijeron que podía estar tanto tiempo. Entonces, no pasó ni Dios en ese tiempo…*". Hilda.
>
> *"Yo sí noté que si, bien las matronas, sobre todo las residentes, pero bueno, las otras también, eh, llegué con el plan de parto y dijeron: -"Ah, muy bien, mira, has pensado en cómo quieres las cosas bien, y sin embargo para la ginecóloga fue como un… como una… si, como en plan de: -"qué pasa, que estás tú diciéndonos cómo tenemos que hacer…"No sé, fue como, y yo me quedé…-" pero vamos a ver, estoy en vuestras manos" pero sí sentí eso, como que un cierto prejuicio porque yo fuera con esas decisiones tomadas anteriormente"* . Carla.

Algunas de las sugerencias que apuntan como importantes son: la posibilidad de tener el parto en el mismo espacio donde se ha desarrollado la dilatación, como ya se está realizando en varios de los hospitales de la Región de Murcia, y que exista mayor comunicación y/o coordinación entre profesionales, y que trabajen en equipo, como ya hemos visto con anterioridad. Las mujeres perciben las discusiones entre profesionales como algo negativo que se podría mejorar, y también el hecho de que entren profesionales de la medicina si la evolución del parto es normal, pero no por el hecho en sí de entrar, sino por los comentarios que le hacen a una de las mujeres en relación a su plan de parto, e incluso otras opinan que los médicos abusan de su posición de autoridad.

> *"… si estás casi coronada, en la cama, ¿por qué te tienen que llevar al paritorio? A mí me llevaron prácticamente coronada, con unos dolores, o sea ya…que pujé dos veces y salió, y entonces me acuerdo de estar yo intentando subirme al potro, […] y todo eso que me estuve aguantando y conteniendo desde el, desde …que no, que el camino no era muy largo, ¿no podía haberlo tenido yo en la cama?, por qué me tuvieron que…porque tuve que esperar a que viniera el celador además, encima, no es que te empujen ellos, ah, mira ya está, se la llevamos nosotros mismos, espera que voy a llamar al celador, y yo, -"¡aahh, que esto ya está, que esto ya está!" […] tuve que esperar a que viniera el celador, a que me llevaran, a que no sé qué, a que discutieran si entraba uno o entraba el otro…"*. Ana.

"…yo no sé por qué vinieron las ginecólogas si yo no tenía ninguna anormalidad, a lo mejor yo pienso que no la tenía y la tenía, pero yo vamos yo en principio era un parto natural y me había puesto de parto, a no ser no sé, a lo mejor es por el hecho de la oxitocina, pero yo no necesitaba un regimiento de ginecólogas que llegaran allí a decirme tú tienes tu plan y yo…porque yo que sé, yo fui allí con la humildad de…estoy en vuestras manos, eso y no sé. Y luego que no se la lleven, por lo menos en ese momento que yo ahí ya, en el mismo…o sea habla de este del lugar de descanso". Bea.

"…si es que te dicen tantísimo tiempo que te asustan, es lo mismo que me pasó a mí, yo pensaba ya en la epidural y cuando me dijeron eh, dije:- "ostras, tantas horas ya con tanto dolor". Hilda.

"…que haya más coordinación, es que están como los ginecólogos por un lado y las matronas matrones por otro lado, que no se ve un equipo". Diana.

"Pues cambiaria sí, que a pesar de todo pues se notaba que era como una cosa rara, como que:"mira, pariendo como las de antes", y así una cosa extraña, ¿no?. Entonces claro, parece que es una moda, o parece que es y tendría que ser lo normal, tendría que ser lo normal, y que lo raro fuera lo otro, pero claro eso, eso es cultura, y eso es información, y eso costará mucho tiempo, pero bueno, poco a poco, haciéndolo así, dando ejemplo, yo creo que es como…como se hacen las cosas, ¿no? nadie me dijo o insistió tampoco, en que me pusiera epidural ni en que tal, o sea que, por ese lado muy bien, pero yo creo que también fue suerte que la matrona que estaba, con la que di, estaba puesta en esos temas y sabía, si hubiera sido otra yo no sabía cómo iban a reaccionar, iba preparada para todo, tuve suerte, seguramente, y me fue todo bien, pero vamos […]. Abusan, abusan a veces de su posición de autoridad, y hombre, si existe un motivo que sí…pero hay otras veces que el motivo, pues, son protocolos, "que siempre se ha hecho así"... o que no saben de otra manera, no sé". Elisa.

Como resumen a los discursos de las mujeres, observamos que muchas de ellas aprecian los diferentes cambios que se están produciendo en la manera de atender los partos en la actualidad. Algunas mencionan la posibilidad de movimiento y el empleo de diferentes técnicas de alivio del dolor, incluida la analgesia epidural, y destacan que no se les ha insistido en la elección de uno u otro método, por lo que detectamos un mayor respeto a sus peticiones y expectativas, tal y como promulga la Estrategia de Atención al Parto Normal. Por otra parte, señalamos la percepción que tienen algunas mujeres acerca de las luchas de poder entre matronas y ginecólogos/as, y la descoordinación en ofrecer diferentes opiniones a la hora de atender el parto. Creemos que todas estas sugerencias son muy valiosas a la hora de implantar estrategias de mejora, como puede ser el fomento, por parte del sistema sanitario, del completo

desarrollo de las competencias profesionales de las matronas, principalmente las relacionadas con la atención al parto, y del trabajo en equipo con el resto de profesionales que atienden a la mujer y su hijo/a, no solo durante su nacimiento, sino también durante el embarazo y puerperio, como parte del proceso reproductivo.

Tras el análisis que hemos llevado a cabo en esta investigación, en el que hemos profundizado principalmente en las percepciones que tienen un grupo de matronas acerca de sus competencias profesionales en la atención al parto normal, hemos realizado asimismo un acercamiento a diferentes conceptos teóricos, sobre todo a través de diversas técnicas de recogida de información cualitativa con las que hemos llegado a una serie de conclusiones que presentamos en el siguiente apartado.

CAPITULO 10
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

10.1. Conclusiones

Tras analizar toda la información recogida y fruto de nuestras propias reflexiones extraídas durante el proceso deductivo, hemos observado que las matronas que han participado en nuestro estudio han desarrollado su capacidad para integrar los cambios que se producen constantemente en el ámbito de la atención al parto, según sus propias percepciones. Por una parte, han construido su imaginario acerca de lo que significa y comprende no solo la asistencia sino también el acompañamiento, a través de la detección de necesidades de la mujer y su nueva familia durante todo el proceso del nacimiento.

Para llegar a nuestras conclusiones hemos abordado diferentes aspectos que hemos considerado imprescindibles a la hora de enmarcar nuestro estudio en el contexto actual, en el que se están replanteando muchas de las formas en las que se proveen los cuidados materno infantiles, como demuestran las últimas investigaciones. Pero más allá del cientifismo y de la mejora de la calidad en la asistencia, hemos querido ahondar en los sentimientos y emociones de unas profesionales que, de alguna manera, están tratando de recuperar una parcela que consideran han perdido y para lo que están dispuestas a luchar.

Formación

En primer lugar, y después de revisar y analizar las competencias profesionales contenidas en el programa formativo actual de las matronas, cumpliendo con esto nuestro primer objetivo específico:

> *Objetivo 1. Revisar y analizar las competencias profesionales contenidas en el programa formativo actual de las matronas, principalmente en relación a la atención al parto, y comprobar cuáles de dichas competencias son reconocidas como propias por las informantes seleccionadas, destacando el nivel de correspondencia entre el nivel de formación y la práctica clínica profesional.*

Hemos observado que todas las matronas entrevistadas creen que se corresponde, la cualificación profesional para la que han sido preparadas durante sus Programas Formativos, con las actividades o funciones que desarrollan en la actualidad, aunque con matices, sobre todo porque consideran que, o bien en determinadas

ocasiones no las dejan, o porque el sistema biomédico basado en las jerarquías impide que estas profesionales tomen decisiones en situaciones para las que han sido entrenadas.

La formación que han recibido en cada uno de los tres grupos ha estado acorde con el momento profesional en el que se encontraban, con un grado de intervencionismo relacionado con el hospital o Unidad Docente en la que se han formado, incluso la matrona que se ha formado en Inglaterra, cuya formación ha sido, según ella misma reconoce, menos medicalizada que aquí. La formación posterior ha estado influenciada principalmente por las propias inquietudes de cada profesional, y en función del puesto de trabajo desarrollado, como es el caso de las supervisoras entrevistadas, más interesadas en cursos de motivación, gestión y calidad.

En cuanto a los cambios que han percibido las matronas entrevistadas en la forma de trabajar y relacionados con la formación, algunas matronas llegan a reconocer que es más fácil y cómodo trabajar de forma mecanizada y medicalizada, por una parte por la postura en litotomía de la mujer, que facilita una mejor posición para el o la profesional que le atiende, más que si quiere parir en otras posiciones, como cuclillas o incluso en el agua, y/o por la administración sistematizada de medicación para "conducir" el parto. Esa misma mecanización o instrumentalización que parece facilitar el proceso y la atención al parto, genera sentimientos de despersonalización o deshumanización en algunas matronas, al considerar el desarrollo de su trabajo como si se tratase de un robot. Por otra parte, se consideran los cambios como algo cíclico, pasando de un modelo biomédico a otro que promueve la naturalización en la asistencia, como podríamos enmarcar los objetivos de la Estrategia de Atención al Parto Normal, documento estrella en este proceso de cambio y publicado por el Ministerio de Sanidad en 2007, tal y como ya hemos destacado con anterioridad.

Todas las matronas, independientemente del grupo al que pertenecen, señalan la importancia de la formación continuada, bien en una línea concreta, como es la atención primaria, atención al parto normal, lactancia materna, suelo pélvico, entre otras, o bien relacionada con las propias inquietudes de cada matrona, dado que la mayoría consideran la Especialidad como una base sobre la que seguir formándose durante toda su vida, actualizando los conocimientos, las habilidades y las competencias en función de las últimas evidencias científicas en vigor. Además, la mayoría de ellas, valora la buena preparación de estas profesionales en la actualidad, y destacan la importancia, no solo de que las matronas en formación conozcan qué es lo que pueden

hacer, sino también el resto de profesionales que integran el equipo multidisciplinar, lo que facilitaría el completo desarrollo de sus competencias profesionales.

Atención al parto normal

Por otra parte, la atención al parto normal, descrita en numerosos documentos analizados que recomiendan una serie de prácticas clínicas encaminadas a mejorar la progresión del proceso del parto y basadas en las evidencias científicas en vigor, producen en nuestras informantes una serie de reacciones tales como considerar dichos documentos como necesarios pero difíciles de llevar a la práctica, debido fundamentalmente a la inercia establecida en la forma de trabajar de muchos/as profesionales que se resisten al cambio, y por otra parte la dificultad que encuentran a la hora de empoderar o dotar de herramientas a las mujeres para que tomen sus propias decisiones y favorezcan una mejor vivencia de un proceso fisiológico y natural. Todo esto es debido a que la atención al parto se ha institucionalizado de tal forma que es el sistema biomédico quien se ha apoderado de la autoría de su evolución, sin dejar que la propia mujer desarrolle su intuición, sus reflejos y sus propias reacciones que se han ocultado, negado o evitado durante muchos años, y que incluso los/las mismos/as profesionales no puedan llevar a cabo un acompañamiento eficaz, con la mínima intervención posible, sin perder de vista cualquier posible complicación.

La costumbre de trabajar de una determinada manera o el pensar que *toda la vida se ha hecho así*, por parte de algunos/as profesionales en relación a la atención al parto, nos ha hecho reflexionar en las razones que pueden tener para evitar este cambio en el que la mujer y su hijo/a son el centro de la atención, y no la técnica ni los aparatos utilizados, en el que se tienen en cuenta los gustos y preferencias de la mujer en todos aquellos aspectos en los que se le deja opinar. Creemos que esto está influenciado por el hecho de que es una mujer la que pare, y la asistencia masculina al parto hizo que se fomentara la infantilización de la misma a través de una medicina paternalista clave en el modelo biomédico tradicional, que está en proceso de cambio hacia un modelo más natural, con la mujer en el centro de la atención sanitaria. Estos dos modelos, que en determinadas ocasiones chocan por sus distintos enfoques, y en cuyo centro se producen la mayoría de desencuentros y luchas entre profesionales, encuentran algunos puntos en común en determinadas ocasiones en función de las circunstancias o características de cada situación y cada mujer. Es por esto que observamos que una excesiva

mecanización y medicalización colisiona con el desarrollo competencial de las matronas en determinados momentos que se definen como una lucha, que puede dar lugar a conflictos interprofesionales, incluso dentro de su mismo colectivo profesional al no tener claras sus propias funciones, competencias y responsabilidades. Vemos asimismo que algunas matronas expresan sentimientos de infravaloración en determinados momentos en los que se han sentido utilizadas como meras auxiliares del profesional que requiere sus servicios, probablemente también por ser una profesión eminentemente femenina a la que el mismo sistema no deja madurar y crecer por miedo a que se independice adquiriendo una autonomía que no está dispuesto a permitir. Con todo esto, hemos podido comprobar también las percepciones que tienen las matronas entrevistadas acerca de la influencia de una buena relación, tanto personal como profesional, para facilitar con esto el desarrollo de sus competencias profesionales, respondiendo así al segundo objetivo:

> *Objetivo 2. Describir y analizar las percepciones de las matronas de la Región de Murcia, con respecto al desarrollo de sus propias competencias, y las influencias que perciben acerca de su relación profesional y personal con otros/as profesionales que participan en la atención al parto.*

Observamos que es el segundo grupo de matronas el que se ve más afectado por los últimos cambios contemplados. Algunas de las informantes de este grupo quieren llevar a cabo numerosas de las prácticas que se incluyen en la Estrategia de Atención al Parto, pero se encuentran con un techo, con dificultades para llevar a la práctica los conocimientos, habilidades y competencias que adquieren durante su Especialidad y posteriormente.

Competencias profesionales

Por otra parte, no hemos encontrado diferencias significativas entre los tres grupos de matronas que hemos establecido en cuanto al conocimiento de las competencias de la profesión, puesto que la mayoría reconocen la asistencia al parto como la seña de identidad del colectivo. Si bien es cierto que algunas de nuestras informantes consideran importante abordar otros campos de actuación para los que también han sido cualificadas, muchas de ellas continúan encaminado su formación

posterior hacia los temas que consideran clave, como son la atención al parto y la lactancia materna, a pesar de que reconocen sus propias limitaciones en cuanto al abordaje de ciertas actividades como puede ser la atención a la salud ginecológica de la mujer, por una parte al no estar incluidas en las consultas, puertas de urgencias o plantas de hospitalización de ginecología y por otra al considerar que este no es un objetivo prioritario en los programas que desarrollan. Mención aparte merece la atención que se ofrece en algunos hospitales comarcales, en los que sí se cuenta con la asistencia profesional de la matrona de forma integral a la mujer que acude por un problema gineco-obstétrico, siendo derivada al obstetra-ginecólogo cuando es necesario, con lo que se fomenta el trabajo en equipo y la atención holística al a mujer por varios profesionales desde distintas dimensiones

Con respecto al tercer objetivo:

> *Objetivo 3. Apreciar el momento en el que las matronas entrevistadas consideran que han adquirido las habilidades suficientes para llevar a cabo cada una de las actividades que contempla el programa formativo actual en relación a la atención al parto y al recién nacido.*

Hemos comprobado, a través de los cuestionarios, que algunas de las matronas del primer grupo consideran que no han adquirido una serie de competencias en su programa formativo inicial como por ejemplo el plan de parto o las técnicas de alivio del dolor, tanto farmacológicas como no farmacológicas, temas actuales que han adquirido posteriormente ya sea a través de formación continuada o incluso trabajando. En cuando a las posiciones de la mujer detectamos que algunas matronas tienen clara la importancia del movimiento para facilitar el proceso y la progresión del parto independientemente del momento en el que se han formado, a pesar de que muchas de ellas han visto que a nivel asistencial, se ha dejado a las mujeres muy poca libertad de movimiento, confinadas a una cama para tratar de asegurar un control continuo de la frecuencia cardiaca fetal, sin tener en cuenta las necesidades y comodidad de la mujer, concepto que en los últimos años está cambiando, tanto por parte de las matronas como de los/as ginecólogos/as y de las mujeres que cada vez solicitan más esta movilidad, como hemos visto en sus opiniones.

Solo aquellas matronas que refieren haber adquirido estas habilidades en su hospital o unidad docente, demuestran las dificultades encontradas a la hora de poner en práctica muchas de las competencias aprendidas, como por ejemplo alentar a la mujer a

que se mueva en función de sus requerimientos personales y a atender tanto el periodo de dilatación como el expulsivo en diferentes posiciones, además de la promoción del parto normal.

Incidentes críticos

En la descripción y análisis de las situaciones seleccionadas por cuatro matronas mediante el incidente crítico, respondiendo con esto al objetivo cuarto:

> *Objetivo 4. Describir y analizar algunas situaciones críticas en las que se pongan en práctica determinadas competencias necesarias para afrontar una determinada práctica clínica y los sentimientos que genera dicha situación en las profesionales analizadas.*

destacamos que, a pesar de no tratarse tres de ellos de un parto normal propiamente dicho, todas consideran que desarrollan sus competencias adecuadamente, pero es la situación de urgencia, con desenlace óptimo o no, lo que les hace constatar si existe un buen trabajo en equipo a la hora de abordar dicha situación. Los sentimientos generados por la actuación de los y las profesionales son en su mayoría positivos y de satisfacción por el trabajo realizado, en cambio las emociones negativas se producen por un desenlace desafortunado o por la decisión de unos padres contraria a la opinión personal de la matrona que les atiende, son aspectos no determinantes en cuanto al desarrollo de sus propias competencias. La metodología utilizada ha propiciado la expresión de dichas emociones aun cuando haya pasado un tiempo y favorece el proceso de integración en situaciones parecidas ocurridas posteriormente a dicho incidente.

Las relaciones de poder y la estructura jerárquica de los hospitales analizados, nos hace comprobar el grado de insatisfacción que esto produce en algunas de nuestras informantes, sobre todo al no considerar valorado su trabajo debido a no desarrollar las competencias profesionales para las que han sido formadas, ni percibir un reconocimiento tanto personal como profesional acorde con su labor profesional. A pesar de esto, muchas de nuestras informantes, sí consideran reconocido su trabajo fundamentalmente por las mujeres que atienden y en ocasiones también por sus propias/os compañeras/os de diferentes estamentos, y esto es lo que les anima a seguir

trabajando en pos de la mejora de los cuidados y la atención que ofrecen, siendo conscientes de que podrían dar mucho más de lo que se les deja, no solo por parte de un determinado colectivo, sino también por parte de compañeros/as que encuentran en el modelo mecanizado la forma más cómoda de trabajar. Con esto hemos abordado el quinto objetivo, describiendo los sentimientos que genera la práctica clínica diaria en las matronas entrevistadas.

> *Objetivo 5. Profundizar en las relaciones entre profesionales y las articulaciones de poder dentro del sistema sanitario, con respecto a la atención a la mujer y su influencia en las representaciones, discursos y prácticas de los y las profesionales matronas en la Región de Murcia.*

Reconocimiento profesional

Por último, y para cumplir el sexto objetivo, hemos indagado en las sensaciones que tienen nuestras informantes acerca de su reconocimiendo profesional, fundamentalmente, y también personal.

> *Objetivo 6. Conocer el reconocimiento profesional percibido y expresado por las matronas entrevistadas y descubrir y analizar qué sentimientos y emociones genera dicho reconocimiento en estas profesionales.*

Destacamos que la mayoría de las matronas consideran reconocido su trabajo, sobre todo a nivel social, por parte de las mujeres a las que atienden y por las y los compañeras/os que reconocen su trabajo, aunque opinan que aún hay profesionales que desconocen completamente sus competencias, por lo que sería interesante dar a conocer, mediante investigaciones como ésta, la labor profesional y social que desarrollan las matronas y su potencial en diferentes puestos laborales aún por definir.

10.2. Reflexiones finales

Para concluir este estudio de investigación y fruto de mis propias reflexiones personales, he podido constatar la gran dificultad que he encontrado a la hora de profundizar mis conocimientos acerca de las competencias profesionales y la complejidad de las mismas para definirlas, tanto formalmente como dentro del contexto laboral de las profesionales matronas objeto de mi estudio. Esto es así debido, por una parte a que he observado que en la atención al parto participan diferentes profesionales que reinvindican su parcela de poder, a pesar de que tanto los y las ginecólogos/as y matronas deben saber, conocer, y tener las habilidades suficientes para acompañar a una mujer de parto, por lo que deben tener, de alguna forma esta competencia o aptitud. Otra cosa diferente es que se haya constatado por parte de numerosos organismos y documentos oficiales, que la matrona es el profesional más idóneo para atender a la mujer cuando el proceso de parto es normal, pues está capacitada para valorar cualquier signo de riesgo para poder avisar y/o consultar a otros/as profesionales en caso necesario. Aún así, la matrona también debe tener la competencia de acompañar a una mujer cuyo parto no es normal, dentro del equipo multidisciplinar, y aplicarle sus conocimientos y habilidades para que el proceso evolucione de la mejor forma posible.

Por otra parte he de poner de manifiesto mis limitaciones en un campo en el que están implicados muchos intereses, tanto personales como profesionales, de muchos agentes que partipan en el proceso concreto estudiado y del que me ha resultado harto complicado mantener al margen mi visión particular acerca de los cambios que se están produciendo en la asistencia a las mujeres y sus hijos e hijas durante su nacimiento, debido, principalmente a mi rol de matrona que conoce, desde dentro el sistema sanitario actual, durante unos años directamente a nivel asistencial y, en la actualidad coordinando un Proyecto de Atención al Parto Normal que ha tratado, a través de diferentes herramientas y/o pactos entre profesionales, que la atención al parto en la Región de Murcia siga mejorando, con la ayuda e implicación, no sólo de las matronas sino también de los y las ginecólogos, y con la dirección de quienes detentan en cada momento el cargo de supervisar y coordinar las Unidades de Paritorio y los Servicios de Obstetricia y Ginecología de la Región.

Es por esto precisamente, y tras la lectura de los discursos de las matronas participantes, por lo que considero imprescindible el llegar a acuerdos interprofesionales

que faciliten la delimitación tanto de las funciones como de las competencias profesionales de las personas implicadas, y no se limite a la publicación de documentos que pueden o no utilizarse, como ya hemos comprobado. Con esto se podría conseguir que el modelo biomédico, intervencionista e instrumental, en el que están inmersos tanto las mujeres como los y las profesionales que las atienden, no fomente la lucha de poderes entre estamentos, que genera tanto frustración como insatisfacción en todos/as los y las implicados/as. Esto también es producido por una resistencia al cambio de modelo asistencial hacia una forma más natural o fisiológica de entender el proceso, pero que en el momento actual continúa dentro de un modelo de transición en el que colisionan las percecpciones de cada profesional.

He de destacar, el valor que puede tener una técnica muy sencilla, como es el incidente crítico, como forma de vehiculizar muchos de los sentimientos y emociones, tanto negativas como positivas, que se producen cuando ocurren circunstancias inesperadas, y que puede ayudar a que dichas emociones no perjudiquen la atención en sucesivos momentos similares.

Quiero señalar asimismo la necesidad de poner a la mujer y a su hijo/a en el centro del proceso fisiológico que tiene lugar en cada nacimiento, procurando con esto la individualización de los cuidados, y no solamente la naturalización o humanización de los mismos, sino como forma de mejorar la asistencia, el reconocimiento profesional y personal e incluso el avance hacia un modelo de asistencia en el que se conjuguen no solo el desarrollo de las competencias de todos los y las profesionales, sino también, y lo que considero más importante, colaborar en un mundo mejor.

Para que esto fuera posible es necesario un cambio de actitud que está presente en muchos de los discursos analizados, un enfoque diferente, con la suficiente perspectiva de género, que ponga en práctica los conocimientos teóricos adquiridos, las habilidades, actitudes y aptitudes de las personas que participan, de forma directa o indirecta, teniendo en cuenta el respeto a la mujer conjuntamente con la esencia de compartir entre todos/as el momento tan especial en el que comienza una nueva vida.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Adscripción a la Facultad de Medicina de la 1ª Escuela de Matronas "Escuela de Matronas de Santa Cristina" Gaceta de Madrid núm. 298, pág 501. 25 de octubre 1931. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012] Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/032.1931_%282%29.pdf

- Alarcón-Nivia, M.A., Sepúlveda-Agudelo, J., Alarcón-Amaya I.C. Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2. Abril-Junio 2011.

- Alonso, L.E. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Fundamentos. Madrid. 1998.

- Arcos, E. et al. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. Revista médica. Chile v.135. n.6 Santiago jun. 2007 [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: http: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000600004

- Arnau, J. Martínez, Mª.E., Nicolás, Mª.D., Bas, E. Morales, R., Álvarez, L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia. Aibr Revista de Antropología Iberoamericana volumen 7 número 2 mayo - 2012. [Consulta el 27 de marzo de 2013] Disponible en: http://www.aibr.org/antropologia/07v02/articulos/070204.pdf

- Arredondo-González, C.P. y Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm v.18 n.1 Granada ene.-mar. 2009. [Internet][Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext

- Ballesteros, A.M. Manual del practicante y de partos normales (1906): contenido y curiosidades. Cultura de los Cuidados. 1er. Semestre 2002. Año VI - N.° 11.

- Baños, Josep-E. y Pérez, J**.** Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades**.** Educ. méd. v.8 n.4 Barcelona dic. 2005. [Internet]. [Consulta el 27de mayo de 2012] ISSN 1575-1813. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1575-18132005000500006&script=sci_arttext

- Bartolomé, A., Gómez-Arnau, J.I., García del Valle, S. González-Arévalo, A. Santa-Úrsula, J.A., Hidalgo, I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial. 005; 0(4): 8-3.

- Berger, P. y Luckman, T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu. 1986.

- Bick, D.E., Rycroft-Malone, J., Fontenla, M. A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth in one English birth centre: anticipated benefits and unintended consequences. BMC Pregnancy Childbirth. 2009 Oct 5; 9:47.

- Blanco, M.C., Cerrato, F.J. y Marchán, A. Percepción de la matrona por otros profesionales sanitarios. Enfermería Integral. 2007. pp. 41-46 [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.enfervalencia.org/ei/80/articulos-cientificos/11.pdf

- Blázquez, Mª.I. Ideologías y Prácticas de Género en la Atención Sanitaria del Embarazo, Parto y Puerperio: El caso del Área 12 de la Comunidad de Madrid. 2009. (Tesis Doctoral). Universidad Rovira i Virgilli. Tarragona. [Internet].[Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en http://tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/8429/BLAZQUEZ.pdf?sequence=1

- Blázquez, Mª.I. Aproximación a la Antropología de la Reproducción. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. Julio-agosto. Número 042. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.itson.mx/micrositios/equidad-genero/Documents/antropologia_de_la_reproduccion.pdf

- Bleda, J.M. Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales. Núm.7. 149-169. ISSN 1575-0825, eISBN 2172-3184.

- Bodoque, Y. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres Gazeta de Antropología, 2001, 17, artículo 12. [Internet]. [Consulta el 4 de junio de 2012]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.pdf

- Blumer, H. Symbolic Interactionism. Perspective and Method. N. J.: Prentice Hall. 1968.

- Boletín oficial del Estado 339, de 5 de diciembre de 1945. Orden de 26 de noviembre de 1945. Funciones de las Matronas. P, 1617. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1143615034104&cachecontrol=immediate&csblobid=KS1Ttxf1mAD9ZW7uBgqP6yNbYNu6miyDif0VENbpPF1ZU153wb8M!655480977!1242723667141&ssbinary=true

- Bretin, H. y Gómez, C. Amabilidad respeto y dignidad. Hacia la humanización del parto y del nacimiento. Sevilla. Consejería de Salud. 2010 Texto electrónico. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/

- Bunk, G. 1994. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. Revista Europea. Formación profesional. 1/94.

- Cabero, L., Saldívar, D. y Cabrillo, E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Médica Panamericana. Madrid 2007.

- Cabré, M. Ortíz, T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX. Barcelona. Icaria. 2001.

- Caldeyro-Barcya, R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal. Conferencia en el Simposio sobre "Recientes adelantos en Medicina Perinatal" en Tokio, Japón. 1979. Publicación Científica nº 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo. Uruguay.

- Capra, F. El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. EditorialTroquel, S.A. Argentina. 1998. ISBN 950-16-02009-5 Editorial Pax México, 1992.

- Carmona, I. y Saiz, M. S. El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. Matronas Profesión. 2009; 10(4). Págs.14-19.[Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/12277/173/el-bautismo-de-urgencia-funcion-tradicional-de-las-matronas

- Chell, E. Critical incident technique. In: Symon G- Cassell C. editors. Qualitative methods and analysis in organizational research: A Practical Guide London: Sage, 1998; 51-72.

- Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo Internacional de Enfermería. 1989. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en http://www.colegioenfermeriaalmeria.com/codigo%20deontologico.pdf

- Comelles J.Mª. y Martínez, A. Enfermedad, Cultura y Sociedad. Eudema: Madrid.1993.

- Confederación Internacional de Matronas. Definición Internacional de Matrona de la ICM.(International Confederation of Midwives). [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Definition%20of%20the%20Midwife%20SPA-updated%20August%202011.pdf

- Confederación Internacional de Matronas. Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002. Matronas profesión, 2004. vol. 5, n. º 15.

- Cooper, J.B. Newbower, R.S. Long, C.D. McPeek B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. Anesthesiology 1978; 49:399-406.

- Costa, A.Mª. y Almendro, C. Alerta roja: el incidente critico, aprendiendo de nuestros errores. Tribuna docente en Medicina de Familia. Vol 8. num 04. 2006.

- Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1996. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

- Davis-Floyd, R. E. Sargent, C. Rayna, R. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives Paperback. 1997.

- Davis-Floyd, R. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Editorial Creavida. Buenos Aires. 2009.

- De la Cuesta, C. Desafíos de la investigación cualitativa. Nure Investigación. [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013]. Disponible http://www.nureinvestigacion.es/firma_obj.cfm?id_firma=37&ID_FIRMA_INI=1&paginacion=2

- De la Cuesta, C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación, nº 25, Noviembre-Diciembre 06.

- De la Cuesta, C. ¿Por dónde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 18, Nº. 4, 2008.

- Decreto 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Matronas para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado, núm. 48, pág. 832, de 12 de febrero 1957. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en:http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/058.1957.pdf

- Decreto 17 de noviembre 1960 sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras, haciendo constar las funciones específicas de cada uno. Se estipula que las enfermeras y practicantes tendrán los mismos derechos que las A.T.S., salvo en lo concerniente a la asistencia a los partos. Boletín Oficial del Estado núm. 302, pág. 17308, de 17 de diciembre 1960. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/074.1960.pdf

- Decreto 446/1963, de 28 de febrero 1963, por el que se habilita a las Enfermeras para cursar las enseñanzas de especialización en Asistencia Obstétrica (Matronas). Boletín Oficial del Estado núm. 59, pág 3974. de 9 de marzo 1963. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/014.1902.pdf

- Definición de parto normal según la Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME). [Internet]. [Consulta el 4 marzo 2012]. Disponible en http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal

- Dexeus, J.Mª. Obstetricia y Ginecología. Primera edición. Editorial Juventud. Barcelona, 1965.

- Díaz, A. El enfoque de competencias en la educación: ¿Una alternativa o un disfraz de cambio? Perfiles educativos [online]. 2006, vol.28, n.111.

- Directiva del Consejo de 21 de enero de 1980 sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mimas. (80/155/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas .num. L 33/8. 06, vol2. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/doue/1980/033/L00008-00012.pdf

- Directiva del Consejo de 21 de enero de 1980 sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matronas y que contiene además medidas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios (80/154/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Núm L33/1. 06. Vol. 02. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.boe.es/doue/1980/033/L00001-00006.pdf

- Directiva 89/594/CEE del Consejo, de 30 de octubre de 1989 por la que se modifican las Directivas 75/362/CEE, 77/452/CEE, 78/686/CEE, 78/1026/CEE y 80/154/CEE sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico, de enfermero responsable de cuidados generales, de odontólogo, de veterinario y de matrona, respectivamente, así como las Directivas 75/363/CEE, 78/1027/CEE y 80/155/CEE sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de médico, de veterinario y de matrona o asistente obstétrico respectivamente. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/19733e74-d88b-44dd-b328-e3b9b5bc9e41/6d05af15-f0d8-4f0e-84dc-b36b9463d498/4c109643-17a5-46c5-be71883a6e0e6415/directiva_89_594_cee_modificacion_directivas_actividades_matronas.pdf

- Dutra, I.L. y Meyer, E. Parto Natural, Normal y Humanizado: términos polisémicos. Revista Gaúcha de Enfermagem, 28(2): 215-222. 2007.

- Echeverría, B. 2002. Gestión de la competencia de acción profesional. Revista de Investigación Educativa. Vol 20. nº 1. págs 7-43.

- Esteban, M.L. El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud colectiva, Buenos Aires, 2(1): 9-20, enero - abril, 2006.

- Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Noviembre 2007 Coordinación: Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet] [Consulta el 12 febrero 2012] Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf

- Fallo del Tribunal de Justicia de 7 de noviembre de 1991. - Comisión de las Comunidades europeas contra el Reino de España. - Incumplimiento – Directiva 80 / 155 / CEE - Formación de las comadronas. - asunto C-313 / 89. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/103.1991_SENTENCIA_CEE.pdf

- Fechas claves para la historia de las matronas. Portal Híades. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C_Fechas%20clave%20matrona/Fechas_matrona.htm

- Fernández, F. y Canales, G. Configuración legal, régimen de responsabilidad y recomendaciones para el desarrollo profesional. Recopilación y estudio de las leyes y resoluciones judiciales que inciden en la actividad de las comadronas. Associació Balear de Comares. Enero 2012.

- Fernández-Rufete, J. El afecto perdido. En Enrique Perdiguero, y Joseph M. Comelles (Eds) Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Pp.277-303. Barcelona.2000. Edicions Bellaterra.

- Flanagan, J. The critical incident technique. Psychological Bulletin 1954; (51): 327-358.

- Gandy J, Ross J.Every birth the best birth: women centred care in Nottingham. Pract Midwife. 2011 May; 14(5):22, 24-5.

- García, M.J. Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. Cultura de los Cuidados. 2º. Semestre 2008 • Año XII - N.° 24.

- García, M.J. y García, A.C. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia. Matronas profesión. 2005; 6(1): págs. 11-18. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7144/173/las-funciones-de-la-matrona-en-el-mundo-antiguo-y-medieval-una-mirada-desde-la-historia

- García, E., Guillén, D.M. ª y Acevedo, M. Humanismo en el parto Revista CONAMED, vol.15, núm. 3, julio-septiembre, 2010. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393254

- Germán, C. y Chamizo, C. Revisión histórica de los cuidados e imagen social de las matronas con perspectiva de género. Temperamentvm 2008, 8. [Internet] [Consulta el 4 de junio de 2012] Disponible en: http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0308r.php

- Gil, J. La evaluación de competencias laborales. Educación XX1, número 010. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. 2007. pp.83-106.

- Glaser B.G. y Strauss, A.L. The discovery of grounded theory. Hawthorne. NY: Aldine De Gruyter. 1967.

- Goberna, J., Palacio, A., Banús, MªR., Linares, S. y Salas, D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. Matronas Prof. 2008; 9 (1): 5-10. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33066/1/567531.pdf

- González, C. Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936) Dynamis [0211-9536] 2007; 27: 211-235.

- González, T., Martínez, L. y Luengo González, R. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería de España. Texto & Contexto-Enfermagem. Florianópolis. 2006.

- González-Merlo, J. y del Sol, J. R. Obstetricia. Ed. Masson. Barcelona. 1994.

- Grele, R.J. La historia y sus lenguajes en la entrevista de historia oral: quién contesta a las preguntas de quién. Historia y Fuente Oral, 5, pp. 106-127. 1990.

- Gulbrandsen P, Aarseth J, Aaby E, Valdal A. A birth plan--effects and evaluation. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Dec 2; 124(23):3055-7. 01. [Internet]. [Consulta el 14 febrero 2012]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586186

- Gurdian-Fernández, A. El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana. Agencia Española de Cooperación Internacional.Colección Investigación y Desarrollo Educativo Regional. IDER. Costa Rica. 2007.

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf

- Hannah M.E, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.Lancet. 2000 Oct 21; 356(9239):1375-83. Planned caesarean section versus

planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. [Internet]. [Consulta el 1 de junio 2013]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052579

- Herrera, B., Gálvez, A., Carrera, I. y Strivens, H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. Matronas Prof. 2006; 7(1): 27-33. [Internet]. [Consulta 16 de enero de 2012]. Disponible en http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/284/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/619/rglang/es-ES/filename/vol7n1pag27-33.pdf

- Heidegger, M.; (MacQuarrie, J.; y Robinson, E). Being and time. Nueva York: Harper &Row. 1962.

- Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Madrid. Fondo de Cultura Económica, 1993.

- Herrera, F. Un manual para la formación de las comadronas españolas (1929). Cultura de los Cuidados. 1er. Semestre 1997 • Año I - N°l.

- Husserl, E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Madrid. Fondo de Cultura Económica, 1993, p 68.

- Ibáñez, J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión técnica y crítica, Madrid: Siglo XXI, 1979.

- Iniciativa Parto Normal. (IPN) Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME). [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: www.federacion-matronas.org/ipn

- Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. [Consulta el 10 enero 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras%282010-2025%29.pdf

- Irigoin, M. y Vargas, F. Competencia laboral: manual, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo. Oficina Internacional del Trabajo CINTERFOR-Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2002. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf

- Leal, R. Aportes teórico-metodológicos de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. alpha n° 25 diciembre 2007 pp.215-225. [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012007000200015&script=sci_arttext

- Leal, R. Aportes teórico-metodológicos de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. Alpha n° 25 diciembre 2007 pp. 215-225. [Internet]. [Consulta el 15 de junio de 2013]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22012007000200015&script=sci_arttext

- Lede, R. Versión cefálica externa para el tratamiento de la presentación podálica: Comentario de la BSR (última revisión: 13 de marzo de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [Consulta el 1 de junio 2012]. Disponible en: http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/154279-7092.pdfhttp://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/breech/rlcom/es/

- Leininger, M. Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En: Morse, J. (Editora). Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa (pp. 114.-138). Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia. 2003.

- Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944 de organización de la Sanidad. . Boletín Oficial del Estado. núm. 331. pág. 8935. 26 de noviembre 1944. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/045.1944%20_%282%29.pdf

- Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia 11 de octubre 1994. Boletín Oficial del Estado núm 243. pág. 31657-31665. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/1994/10/11/pdfs/A31657-31665.pdf

- Ley Orgánica 11/1983, de 26 de agosto, de Reforma Universitaria. Boletín Oficial del Estado núm. 209, págs 24034-24042. 1 de septiembre 1983. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1983/09/01/pdfs/A24034-24042.pdf

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado núm. 301, págs 44742-44763. 17 de diciembre 2003. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/17/pdfs/A44742-44763.pdf

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. núm. 128. 29 de mayo 2003. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado. Núm 280. 22 noviembre 2003. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf

- Linares, M. Las matronas en el Jaén del Siglo XX. El caso de la Comarca de Sierra Mágina. Instituto de Estudios Giennenses. Diputación Provincial de Jaén. 2008.

- Linares, M. Fuentes y bibliografía para el estudio de las Matronas y la Cultura del nacimiento. Elucidario, nº 5, Págs. 263 a 285. Seminario Bio-bibliográfico Manuel Caballero Venzalá. Instituto de estudios Giennenses. 2008.

- Linares, M., Álvarez, C. y Moral, I. El discurso médico sobre las matronas a mediados del siglo XX. Index Enferm v.17 n.4 Granada oct.-dic. 2008.

- López, Mª.C. La fenomenología existencial de M. Merleau-Ponty y la sociología. Papers 50, 1996 209-231.

- Maceira, Mª del C., Salgado, A, y Atienza, G. La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 03. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/AsisPartoMujeresSanas.pdf

- Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf

- Marí, R., Bo, R.M. y Climent, C.I. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. Revista de Ciències de l'Educació. Juny 2010. Pag. 113-133 ISSN 1135-1438. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en. http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf

- Márquez, S. y Meneu, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Editorial. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 5. núm.2. 2003. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.iiss.es/gcs/gestion16.pdf

- Martínez, J. Mª. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOE) Educ. méd. v.8 supl.2 Barcelona sep. 2005.

- Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M. y Muñoz-Cantero, J.M. Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. RELIEVE, v. 14, n. 2, p. 1-23. 2008. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm

- Martínez-Clares, P. y Echevarría, B. Formación basada en competencias. Revista de Investigación Educativa, 2009, Vol. 27, n. º 1, págs. 125-147.[Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://revistas.um.es/rie/article/view/94331

- Martínez, M., Roigé, J. y Bruguera. M. Prevención de riesgos y responsabilidad profesional en Anestesiología. .Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006; 53: 463-464. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en ttp://sedar.es/restringido/2006/n8_2006/1.pdf

- Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e Investigación, Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf

- Matute, J. I. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Medicina Naturista, 2006, nº 10.

- Menéndez, E.L. Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos olvidos. Cuadernos de Antropología Social Nº 35, 2012.

- Menéndez, E.L. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Ensayos entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000. pp.163-88. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf

- Menéndez, E.L. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica. Nueva Antropología, año VI, nº 23, México. 1984.

- Menéndez, E.L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades. 1994. 4 (7).

- Menéndez, E.L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud colectiva 2005, vol.1, n.1, pp. 9-32. ISSN 1851-8265. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf

- Menéndez, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. Revista de Antropología social, año/vol. 014. Universidad Complutense de Madrid. España. 2005.

- Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la percepción, Barcelona, Península, 476 p. Col. Historia, ciencia, sociedad. núm. 121. 1975.

- Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la percepción. Barcelona. Planeta. 1993.

- Merton, K., Fiske, M., Kendall, P. En Valles, Miguel S. Propósitos y criterios de la entrevista focalizada. Empiria. Revista Metodológica de ciencias sociales. Nº 1. 1998.

- Miller, G. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. Sep; 65 (9 Supl):S63-7. 1990.

- Minayo, Mª C. de S. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires. Lugar Editorial 1995. p. 264-267.

- Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla. 2006. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf

- Montes, Mª.J. Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural. Tarragona. Universidad Rovira i Virgili.2007.

- Morse, J.M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante. Universidad de alicante. 2005.

- Mulder, M. Competencia: la esencia y la utilización del concepto en la formación profesional inicial y permanente. Revista Europea de Formación Profesional nº 40- abril 2007/1.

- Muñoz, Mª.N. Gómez, C.I. El incidente crítico como herramienta para evaluar competencias de Enfermería. Póster. En: Congreso Internacional de Innovación Docente, Cartagena, 2011. Cartagena: Universidad Politécnica de Cartagena, 2011. p.39. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://repositorio.bib.upct.es/dspace/handle/10317/2369

- Narotzky, S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación critica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. Consejo superior de Investigaciones científicas. CSIC. ISBN 84-00-07481-5. Madrid: 1995.

- Navío, A. La formación de los profesionales de la formación para el trabajo: algunos dilemas y algunas respuestas. Educar 38, 2006. 63-79. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Noreña, A. L. y Cibanal, L. La Técnica del Incidente Crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería Index Enferm v.17 n.1 Granada ene.-mar. 2008.

- Olza, I. Humanizar el parto. Holístika.net. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado/humanizar_el_parto.asp

- Odent, Michel. El nacimiento en la era del plástico. Ob Stare, 2011 ISBN 9788493840853.

- Orden 23 junio 1937 para impartir cursos intensivos de formación de matronas. Gaceta de la República, núm. ilegible. Pág 212. 15 de julio 1937. [Internet].

[Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/039.1937.pdf

- Orden de 26 de noviembre de 1945. Sanidad. Aprueba: Reglamento y Estatutos del Consejo General de Auxiliares y de los Colegios Provinciales, respectivamente, y los Estatutos del Consejo de previsión y socorros mutuos. Boletín oficial del Estado 339, pág. 3334. 5 de diciembre de 1945. http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/046.1945.pdf

- Orden de 25 de junio de 1951 por la que se aprueban los Estatutos y Reglamento del Consejo General y de los Colegios Oficiales de Matronas. Boletín Oficial del Estado núm.180 pág.3060. 29 de junio 1951. [Internet]. [Consulta el 6 de abril 2013]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/048.1951.pdf

- Orden de 19 de febrero de 1952 por la que se hace extensivas a los estudios de Matrona la Orden de 4 de Diciembre de 1951 sobre examen de ingreso para la carrera de practicante (y exenciones a la citada Orden). Boletín Oficial del Estado núm. 74. pág. 1170. 14 de marzo 1952. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/049.1952.pdf

- Orden de 10 de marzo de 1953 por la que se nombra una Comisión encargada de formular un proyecto de reforma del Reglamento y plan de estudios de la carrera de Matrona. Boletín Oficial del Estado, núm. 77, página ilegible. 18 de marzo 1953. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/050.1953.pdf

- Orden de 25 de enero de 1954 por la que se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, designando una Comisión para sustituirlos provisionalmente. Boletín Oficial núm. 43, pág 827. 12 de febrero 1954. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/052.1954_%281%29.pdf

- Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatutos o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 99. pág 2259. 9 de abril 1954. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/053.1954%20_%282%29.pdf

- Orden de 1 de julio de 1955 por la que se regula el tránsito de los antiguos planes de estudios de las Enseñanzas de Matronas. Boletín Oficial del Estado, núm. 204. 23 de julio 1955. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012].

Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/056.1955.pdf

- Orden de 23 febrero de 1957 por la que se aprueba el programa para las enseñanzas de especialización de asistencia obstétrica (Matrona) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 95, pág 119. 5 de abril 1957. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en**:** http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/059.1957%20_%282%29.pdf

- Orden de 6 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Navarra establezca la especialidad de Asistencia Obstétrica. (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 26, pág 994. 30 de enero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/060.1957_%20NAVARRA.pdf

- Orden de 7 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zaragoza para establecer la especialidad de Asistencia Obstétrica. (Matrona). Boletín Oficial del Estado núm. 28, pág. 1084. 1de febrero1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/061.1957_ZARAGOZA.pdf

- Orden de 28 de diciembre de 1957 por la que se autoriza a la Cruz Roja de Madrid para establecer la especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. Boletín Oficial del Estado núm. 33, pág. 1084. 1de febrero 1958.[Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/062.1957_CRUZ_ROJA.pdf

- Orden de 13 de enero de 1958 por la que se establece la colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 32, pág 192. 6 de febrero 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/073.1958.pdf

- Orden de 25 de febrero de 1958 por la que se autoriza la creación de la especialidad de Asistencia Obstétrica – Matrona- a la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la "Casa de Salud Valdecilla" de Santander. Boletín Oficial del Estado núm. 93, pág. 3379. 18 de abril 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/063.1958_SANTANDER.pdf

- Orden de 20 de junio de 1958 por la que se crea en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de Granada la especialidad de "Asistencia Obstétrica".Boletín Oficial del Estado núm. 225, pág. 8257. 19 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/064.1958_GRANADA.pdf

- Orden de 20 de junio de 1958 por la que se autoriza la creación de la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Hermandad de Salus Infirmorum de Cádiz. Boletín Oficial del Estado núm. 226, pág. 8296. 20 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/065.1958_CADIZ.pdf

- Orden de 20 de junio de 1958 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de Valencia. Boletín Oficial del Estado núm. 227, pág. 8328. 22 de septiembre 1958. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/066.1958_VALENCIA.pdf

- Orden de 17 de febrero de 1959 por la que se crea una Escuela oficial de especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) dependiendo de la Diputación Provincial de Barcelona. Boletín Oficial del Estado núm. 85, pág. 8390. 9 de abril 1959. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/067.1959_BARCELONA.pdf

- Orden de 10 de julio de 1961 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos del Hospital Provincial de San Juan de Dios de Málaga. Boletín Oficial del Estado núm. 193, pág. 12000. 14 de agosto 1961. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/068.1961_MALAGA.pdf

- Orden de 13 de abril de 1962 por la que se crea la especialidad de "Asistencia Obstétrica" en la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago. Boletín Oficial del Estado núm. 123, pág. 6995, 23 de mayo 1962. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/069.1962_SANTIAGO.pdf

- Orden de 24 de mayo de 1963 por la que se determina que los títulos de Practicante, Matrona y Ayudante Técnico Sanitario sean considerados como

Técnico de Grado Medio. Boletín Oficial del Estado núm.152, pág 10134. 26 de junio de 1963. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/076.1963_TECNICOS.pdf

- Orden de 22 de abril de 1967 por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm.112, págs. 6258-6265, 11 de mayo 1967. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/080.1967.pdf

- Orden de 31 de agosto de 1972 por la que se autoriza la creación de la especialidad de "Asistencia Obstétrica" (Matronas) como ampliación de estudios de la Escuela Femenina de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y se aprueba su Reglamento. Boletín Oficial del Estado núm. 252, pág. 18680, de 20 de octubre 1972. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/070.1972_VALLADOLID.pdf

- Orden de 4 de diciembre de 1974 por la que se crea la Escuela de Asistencia Obstétrica (Matronas) en la Facultad de Medicina de La Laguna. Boletín Oficial del Estado núm. 310, pág. 26273, de 27 de diciembre 1974. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/071.1974_LA_LAGUNA.pdf

- Orden de 15 de octubre de 1976 por la que se crea la Escuela de Especialidad de Asistencia Obstétrica" (Matronas) para Ayudantes Técnicos femeninos, que quedará adscrita al Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Boletín Oficial del Estado núm. 299, pág. 24912, de 14 de diciembre 1976. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/072.1976_ZARAGOZA.pdf

- Orden de 24 de mayo de 1963 por la que se determina que los títulos de Practicantes, Matrona y Ayudante Técnico-Sanitario, expedidos por el Departamento, se consideren, a todos los efectos, como Técnicos de Grado Medio. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/076.1963_TECNICOS.pdf

- Orden de 22 de abril de 1967 por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en

http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/080.1967.pdf

- Orden de 26 de abril de 1973- por la que se aprueba el estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/080b.1973.pdf

- Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan Directrices para la elaboración de Planes de Estudios de la Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado núm. 283, págs.25987-25989. 26 de noviembre 1977. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-28232

- Orden de 1 de Junio de 1992 por la que se aplica con carácter provisional el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso a la obtención del título de enfermero-especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado, núm.132. Pág 18569. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1992/06/02/pdfs/A18569-18572.pdf
- Orden de 22 de octubre de 1993 por la que se convoca prueba selectiva para iniciar el programa de formación de la especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) en el año 1994. BOE núm 254. Pág. 29959. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1993/10/23/pdfs/A29959-29959.pdf

- Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM número 103, 7 de mayo de 2009. Página 20473. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/154279-7092.pdf

- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf

- Orengo, F. Obstetricia para matronas. Tercera edición corregida y aumentada, ilustrada con 303 figuras y 3 láminas en color. Isidoro Aquirrebeña, editor. Madrid. 1963.

- Ortiz, T. Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España ilustrada. En: M. Cabré i Pairet; T. Ortiz Gómez (eds.). Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX. Barcelona, Icaria, 2001, pp. 165-189. ISBN: 84-7426-490-1 (Publicado en 1992 como artículo en la revista Dynamis).

- Ortiz, T. La práctica sanitaria en la historia ¿una cuestión femenina? Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud, 2007; (23): 61-65.

- Ortiz, T. y Sánchez, D. La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. En: Pilar Ballarín; Cándida Martínez (eds.). Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas, Granada, Universidad de Granada, 1995, pp. 239-246.

- Ortiz, Teresa. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. DYNAMIS. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 1996a; 16:109-20.

- Ortiz, T. La educación de las matronas en la Europa moderna ¿Liberación o subordinación?. En: Cristina Segura Graíño (ed.) De leer a escribir I. La educación de las mujeres: ¿libertad o subordinación?. Madrid, Asociación Cultural Al-Mudayna, 1996b, pp. 155-170.

- Ortiz. T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S.XIX. Arenal: Revista de historia de mujeres, Vol. 6, Nº 1, 1999, págs. 55-79.

- Ortiz-Gómez, T., Birrie-Salcedo, J. y Ortega del Olmo, R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. Gac Sanit [online]. 2004, vol.18, suppl.1, pp. 189-194.

- Otegui, R. Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y J. Comelles. (Eds). Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona. Ediciones Bellaterra. 2000. pp. 243-244.

- Oviedo, G.L. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt Revista de estudios sociales, Nº. 18, 2004 , pp. 89-98.

- Pérez, G. Investigación cualitativa I: Retos e interrogantes: Métodos. La Muralla. 1994.

- Plan de Parto y Nacimiento. Documento elaborado por el Grupo de Trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. [Consulta el 14 febrero 2012]. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf

- Pringle, M., Bradley, C.P., Carmichael, C.M. et al. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occas Pap R Coll Gen Pract 1995; (70) i-viii: 1-71. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560254/

- Quintana, C., Etxeandia, I., Rico, R., Armendáriz, I. y Fernández del Castillo, I. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Versión

OSTEBA Nº 2009/01. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Definición de normal. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=normal

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Definición de natural. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=natural

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Definición de *humanización*. 22ª edición. [Internet] [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=humanizacion

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Definición de *deshumanización*. 22ª edición. [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=humanizacion

- Real Decreto por el que se autoriza a los practicantes que superen un examen específico a practicar partos normales. Asociación Española de Matronas. Gaceta de Madrid. Núm. 32. pág 488. 1 de febrero 1902, [Internet], [Consulta el 11 de julio 2012], Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/014.1902.pdf

- Real Decreto por el que se reorganiza las carreras de practicantes (se admiten mujeres a cursar la carrera de practicantes) y matronas; se admite la enseñanza oficial y no oficial en ambas carreras. Gaceta de Madrid núm. 225. pág 529. 12 de agosto 1904. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/015.1904.pdf

- Real Decreto sobre la reforma de las carreras especiales de odontólogos, practicantes y matronas. 1 Gaceta de Madrid. núm. 281. pág 68. 8 de octubre 1921. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/019b.1921.pdf

- Real Decreto por el que se establecen las Escuelas de Matronas. Gaceta de Madrid núm. 244. pág 1209. 31 de agosto 1928. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/024.1928.pdf

- Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios, aglutinando bajo el título único de

A.T.S., las carreras de practicantes, matronas y enfermeras; a la vez se establece la posibilidad de especialización para los A.T.S. la primera de las cuales es la de Matrona (Diploma de Asistencia Obstétrica).Boletín Oficial del Estado, núm. 363, pág 7723. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/051.1953%20_%282%29.pdf

- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio sobre integración en la Universidad de las Escuelas de A.T.S. como escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 200, págs 18713-18717. 22 de agosto 1977. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006

- Real Decreto 111/1980 de 11 de enero sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Boletín Oficial del Estado, núm 20. pág. 1760. 23 de enero 1980. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en:http://www.boe.es/boe/dias/1980/01/23/pdfs/A01760-01760.pdf

- Real Decreto 2287/1980 de 28 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957 que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Ministerio de Universidades e Investigación. Boletín Oficial del Estado núm. 258, pág 23928. 27 de octubre 1980. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297

- Real Decreto 992/1987, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista., se crean el Consejo Nacional de Especialidades y las Comisiones Nacionales de la Especialidades, a las que se autoriza a elaborar, con carácter provisional, los Programas de Formación de cada Especialidad así como a adoptar las medidas necesarias para su implantación. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/101.1987.pdf

- Real Decreto 1017/1991 de 28 de junio, 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. Boletín Oficial del Estado, núm.155 Pág 21702. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1991-16714

- Real Decreto 279/1994 de 18 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 10 17/1991, de 28 de junio, que 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 BOE núm. 72. pág 9655-9656. . [Internet]. [Consulta 16 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.boe.es/boe/dias/1994/03/25/pdfs/A09655-09656.pdf

- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Boletín Oficial l del Estado. núm. 280. 20 noviembre 2008. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012] Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-18702

- Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. BOE 10 de febrero de 2011. núm 35. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/10/pdfs/BOE-A-2011-2541.pdf sec. I.pp 13909-13926.

- Real Orden creando la Escuela Nacional de Puericultura, adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia a la que podían acceder las matronas para seguir los cursillos de Puericultura intrauterina, Higiene de la Infancia, Enseñanza especial de enfermera visitadora y niñera titulada y de laboratorio que les posibilitaría intervenir en organismos señalados por la vigente Ley de Protección a la Infancia y cuantas instituciones oficiales y particulares se creen en defensa del niño. Gaceta de Madrid núm. 145. pág 789. 25 de mayo 1923. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/020.1923.pdf

- Real Orden por la que se exige título de bachiller elemental para cursar las carreras de practicantes y matronas Gaceta de Madrid núm. 261. pág 1656. 18 de septiembre 1926. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/022.1926.pdf

- Real Orden por la que se indica la imposibilidad de conmutarse los conocimientos de matrona por los de practicante. Gaceta de Madrid, núm. 83. p 1856. 23 de marzo 1928. [Internet]. [Consulta el 11 de julio 2012]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/DOC_REGULACION_PROFESIONAL/023.1928.pdf

- Recomendaciones Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la asistencia al parto. 2007. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf

- Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, 19 julio de 2005, Brisbane, Australia. Reemplaza la "Definición de ICM de la Matrona" 1972 y sus enmiendas de 1990. Confederación Internacional de Matronas.

- Resolución de 18 de diciembre 2007, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través de la

Consejería de Sanidad, para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 12 enero 2008. Boletín oficial del Estado núm 11. pág 2468-2469. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/12/pdfs/A02468-02469.pdf

- Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por la que se da publicidad al acuerdo del Consejo de Administración por el que se aprueba la modificación de la denominación de la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 y del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Boletín Oficial de la Región de Murcia. 29 de enero de 2013. [Internet]. [Consulta el 12 marzo de 2013]. Disponible en: http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=558601

- Rodríguez, A. Hacia la Humanización en Salud. Vol. 10 No 10. ARS Médica. Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012] http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica10/Ars17.html

- Rodríguez, A. Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud. Vol 12, No 12. ARS Médica. Rev Estudios Médico Humanísticos. P. Universidad Católica de Chile. [Internet]. [Consulta el 27 de mayo de 2012]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica12/Modelos.html

- Ruiz, J.I. y Ispizua, Mª.A. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Universidad de Deusto. 1989.

- Saiz, S., Martín, E., del Álamo G., Concejo. S, Martín, I., Poza, L.y Romero, B. Opinión de los profesionales sanitarios sobre la especialidad de matrona. Matronas Prof. 2003;4(14):23-28. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7345/173/opinion-de-los-profesionales-sanitarios-sobre-la-especialidad-de-matrona

- Solano, M.C. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Cultura de los Cuidados, 2006, núm.19.

- Spencer, L.M. Spencer, S.M. Competence at work, models for superior performance, John Wile&Sons, Inc, USA, 1993.

- Taylor, S.J. y Bogdan, R., Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Barcelona: Paidos, 1994.

- Tejada, J. Acerca de las competencias profesionales (Revista Herramientas, I), núm. 56 (pp. 20-30) y Acerca de las competencias profesionales (II) 57 (8-14) 1999.

- Thompson, J.E. Aspectos éticos de los cuidados de partería. Matronas Prof. 2001; 2 (Extra):21-24. [Internet]. [Consultado el 6 octubre 2012]. Disponible en

http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7646/173/aspectos-eticos-de-los-cuidados-en-parteria

- Usandizaga J.A. Fuente, P. de la. Obstetricia y Ginecología. Marbán Libros, S.L. 2010.

- Valle, J.L. El saber y la práctica de las matronas, desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas profesión. 2002. 9 (28-35). [Internet]. [Consulta el 29 marzo 2012] Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7523/173/el-saber-y-la-practica-de-las-matronas-desde-los-primeros-manuales-hasta-1957

- Vallés, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis. Madrid. 1999.

- Vallés. M. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos. Núm 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid. 2007.

- Vargas, L.M. Sobre el concepto de percepción. Alteridades 1994, vol. 4. [Internet] [Consulta el 15 de junio de 2013] Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004

- Velasco, S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de la Mujer, Dirección General de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN-13: 978-84-691-4607-12008. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf

- WHO. Appropriate Technology for Birth (Fortaleza Recommendations). Lancet Aug 24, 1985:436-437.

- Yáñez, R., López-Mena, L.y Fernando, R. La técnica de incidentes críticos: una herramienta clásica y vigente en enfermería. Ciencia y Enfermería XVII (2): 27-36, 2011. [Internet]. [Consulta el 12 febrero 2012]. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_04.pdf

- Zichi, M.y Omery, A. 2003. Escuelas de Fenomenología: implicaciones para la investigación. En: Morse, J. (Editora). Asuntos Críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.

ANEXOS

ANEXO I. Solicitud al Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de autorización para realizar la investigación.

ANEXO II. Solicitud a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud para realizar la investigación.

ANEXO III. Conformidad para la realización de la investigación.

ANEXO IV. Modelo de consentimiento informado utilizado en la entrevista.

ANEXO V. Cronograma del estudio.

ANEXO VI. Cuestionario.

ANEXO VII. Temas y subtemas.

ANEXO VIII. Noticias en prensa.

UNIVERSIDAD DE MURCIA | Facultad de Enfermería

Murcia, a 31 de octubre 2012

Estimado Sr. Director Gerente:

Me dirijo a Vd. con el fin de solicitarle autorización para continuar el trabajo desarrollado hasta la actualidad sobre "PERCEPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LAS MATRONAS DE LA REGIÓN DE MURCIA CON RESPECTO A LA ATENCIÓN AL PARTO NORMAL. UN ESTUDIO CUALITATIVO", que está realizando Doña María Nieves Muñoz Rodríguez, graduada en Enfermería, especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica y con título de Máster Universitario en Sociedad y Cultura: Parentesco, Migración, Desarrollo y Salud-Cuidados, por la Universidad de Murcia.

Comprometiéndonos a mantener la confidencialidad sobre los sujetos de estudio, a garantizar el anonimato de los mismos y a aportar los resultados y conclusiones obtenidos de esta Tesis Doctoral, para contribuir a la mejora en los cuidados ofrecidos en el Servicio Murciano de Salud que usted dirige.

Agradeciendo su atención, reciba un cordial saludo.

Carmen Isabel Gómez García
Profesora Titular de Universidad
Facultad de Enfermería
Universidad de Murcia

Sr. D. José Antonio Alarcón González
Director Gerente del Servicio Murciano de Salud

Decanato - Campus Universitario de Espinardo - 30100 Murcia
Tel. 868 88 4320 - Fax. 868 88 7597 - **www.um.es/f-enfermeria**

Doña María Nieves Muñoz Rodríguez, doctoranda de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia,

REGION DE MURCIA / Registro de la CARM / DGAE - Servicio Murciano de Salud
Entrada 316 Nº. 201300160302
04/04/2013 11:52:46 Dest. 654

Expone:
Que con motivo de la realización de mi tesis doctoral titulada: Percepciones de las matronas de la Región de Murcia con respecto a la Atención al Parto Normal. Un estudio cualitativo, se hace necesario realizar una recoleccion de información a través de unas entrevistas a profesionales de los seis hospitales de la Región que cuentan con maternidad en sus instalaciones.

Los/las participantes van a ser informados previamente de los objetivos generales del estudio, así como su colaboración que será voluntaria y anónima, manteniendo la privacidad con el cambio de nombres y sin especificar el centro sanitario donde desarrollan su labor profesional.

Se adjunta hoja de consentimiento informado que cada participante cumplimentará así como un breve resumen del trabajo de investigación.

Solicita:
Se le otorgue el permiso correspondiente para que los/las profesionales sanitarios seleccionados puedan participar en este estudio que contribuirá a una mejora de la atención al parto en la Región de Murcia, tal y como se plantea en una de las líneas marcadas por la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, así como en el Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia.

Murcia 4 de abril de 2013

Directora General de Asistencia Sanitaria
Dña. Magina Blázquez Pedrero

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Servicio Murciano de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Fecha: 04-04-13
Destinatario:

María Nieves Muñoz Rodríguez
Universidad de Murcia
Campus Universitario de Espinardo
30100 Espinardo (Murcia)

De conformidad con su escrito de fecha 4 de abril de 2013, donde solicita autorización para la realización del Estudio de "Percepciones de las matronas de la Región de Murcia con respecto a la Atención al Parto Normal", y tras valorar la documentación aportada, esta Dirección General le autoriza a que los profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud, previo consentimiento informado, puedan participar en dicho estudio.

No obstante, se le adjunta documento que deberá devolver firmado a esta Dirección General, sobre las condiciones que debe cumplir como investigadora para el acceso a los datos del Servicio Murciano de Salud.

Murcia, a 4 de abril de 2013
LA DIRECTORA GENERAL
DE ASISTENCIA SANITARIA

Consejería de Sanidad y Consumo
Región de Murcia
Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud

Fdo. Magina Blázquez Pedrero

REGION DE MURCIA /Registro de la CARM/ OCAE-Servicio Murciano de Salud
Salida 316 Nº. 201300103684
23/04/2013 10:22:08 Orig: 654

C/ CENTRAL, 7
Edfº..- HABITAMIA I
30100 ESPINARDO
TELFº: 968 288 129
FAX: 968 288 134

ANEXO IV. Modelo de consentimiento informado utilizado en la entrevista.

(Igual que en los anteriores Anexos, el título que aparece en este documento corresponde con el planteado al inicio de la investigación y que posteriormente se cambió por el que consta en la actualidad, por considerarlo más adecuado.)

Tesis Doctoral:

Percepción de las competencias profesionales de las matronas de la Región de Murcia. Un estudio cualitativo.

Dª. . . . . , mayor de edad y con DNI. . . . . .

DECLARO

Que he sido informada/o y he recibido suficiente información sobre la tesis doctoral, y tras haberme dado oportunidad de solicitar todas las aclaraciones que he considerado pertinentes y tras la resolución de las posibles dudas surgidas

MANIFIESTO

Que doy mi consentimiento para la participación voluntaria en la tesis doctoral **"Percepción de las competencias profesionales de las matronas de la Región de Murcia. Un estudio cualitativo"** en ausencia de cualquier tipo de ecuación ni de contraprestación económica.

Por todo ello, presto libremente mi conformidad para participar en dicha tesis doctoral.

Fecha y firma

Anexo V. Cronograma del estudio

	2011												2012											
Actividad/Fecha	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**
Proyecto tesis doctoral																								
Diseño proyecto																								
Recolección datos 1ª fase Entrevistas Escalas																								
Recolección datos 2ª fase Incidente crítico																								
Transcripciones entrevistas																								
Análisis																								

	2013												2014					
Actividad/Fecha	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**	**Julio**	**Agosto**	**Septiembre**	**Octubre**	**Noviembre**	**Diciembre**	**Enero**	**Febrero**	**Marzo**	**Abril**	**Mayo**	**Junio**
Recolección datos 1ª fase Entrevistas Escalas																		
Recolección datos 2ª fase Incidente crítico																		
Análisis																		
Ajustes																		
Resultados y conclusiones																		

ANEXO VI. Cuestionario

Selecciona el valor más aproximado a tu percepción: 1 NADA. 2 REGULAR. 3 MUCHO

ATENCION AL PARTO

Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.

A). Asistir a la mujer en el proceso de parto	FORMACION INICIAL	FORMACION CONTINUADA	IMPORTANCIA	DOMINIO
1. Diagnosticar el parto y sus fases	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
2. Realizar la anamnesis y elaborar el partograma	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
3. Revisar con la mujer el plan de nacimiento	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
4. Realizar exploración física y obstétrica	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
5. Evaluar el estado general materno	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
6. Valorar la dinámica uterina	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
7. Evaluar el estado fetal	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
8. Identificar los factores de riesgo materno-fetales	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
9. Detectar los problemas de salud	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
10. Valorar el progreso de parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3

11. Promover el parto normal	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
12. Informar de la evolución del proceso del parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
13. Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso de parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
14. Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
15. Realizar apoyo psicológico a la mujer y pareja	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
16. Promover la participación de los padres/parejas en el proceso de parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
17. Proporcionar confort a la mujer	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
18. Realizar procedimientos y las medidas adecuadas en el manejo del parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
19. Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
20. Asistir el parto eutócico	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
21. Realizar y suturar la episiotomía, en caso necesario	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
22. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el parto, de acuerdo a la legislación vigente	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3

23. Realizar, en caso de urgencia, la extracción manual de placenta y el reconocimiento manual del útero	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
24. Asistir, en caso de urgencia, el parto en presentación de nalgas.	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
25. Colaborar con el equipo asistencial en la aplicación de analgesia epidural	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
26. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3

Reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata.

	FORMACION INICIAL	**FORMACION CONTINUADA**	**IMPORTANCIA**	**DOMINIO**
1. Atender de forma inmediata al recién nacido para facilitar la adaptación a la vida extrauterina	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
2. Realizar anamnesis y detección de los factores de riesgo	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
3. Realizar una valoración general, incluyendo las diferentes técnicas de exploración física	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
4. Ejecutar los niveles de reanimación neonatal que precise	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
5. Favorecer el contacto precoz madre-hijo	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
6. Favorecer y apoyar la lactancia materna	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
7. Aplicar los cuidados inmediatos al recién nacido	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3

8. Informar sobre el estado de salud del recién nacido normal en el periodo de adaptación	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
9. Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados en el cuidado inmediato del recién nacido y en la reanimación inmediata, de acuerdo a la legislación vigente	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3
10. Consultar o derivar a otros profesionales, en caso necesario.	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3	1- 2- 3

Temas y subtemas

Tema 1. Datos personales de las matronas entrevistadas.

Subtema 1.1. Edad	
Descripción de variable RANGO	**Número de casos**
20-30	3
31-40	9
41-50	3
51-60	3

Subtema 1.2. Sexo	
Descripción de variable	**Número de casos**
Mujeres	15
Hombres	3

Tema 2. Datos profesionales

Subtema 2.1. Lugar de trabajo	
Descripción de variable	**Número de casos**
H. U. Rafael Méndez. Lorca	3
H. C. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia	3
H. Virgen del Castillo. Yecla	3
H. U. Santa Lucía. Cartagena	2
H. Los Arcos del Mar Menor. San Javier	3
H. Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz	4

Tema 3. Datos académicos de los estudios de Enfermería

Subtema 3.1. Año finalización de los estudios de Enfermería	
Descripción de variable	
RANGO	**Número de casos**
1979-1980	3
1981-1990	3
1991-2000	7
2001-2004	4

Subtema 3.2. Duración de los estudios de Enfermería	
Descripción de variable	**Número de casos**
3 Años	18

Subtema 3.3. Escuelas de Enfermería	
Descripción de variable	**Número de casos**
Adscrita	10
Universitaria	8

Tema 4. Datos académicos Especialidad Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Subtema 4.1. Año de finalización de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)		
Descripción de variable **RANGO**	**Número de casos**	**Año publicación BOE Programa Formativo**
1976-1988 (Grupo 1)	4	1957
1996-2007 (Grupo 2)	10	1992
2009-2010 (Grupo 3)	4	2009

Subtema 4.2. Duración de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	
Descripción de variable	**Número de casos**
1 año	4
2 años	13
18 meses	1

Subtema 4.3. Lugar de realización de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	
Descripción de variable	**Número de casos**
Murcia	5
Granada	3
Albacete	1
Valencia	2
Alicante	2
Barcelona	1
Tenerife	1
Málaga	1
Salamanca	1
Inglaterra	1
Ceuta	1

Subtema 4.4: Otras titulaciones universitarias	
Descripción de variable	**Número de casos**
Certificado de Aptitud Pedagógica (CAP)	3
Diplomatura Universitaria Fisioterapia	1
Especialista Urgencias	1
Enfermería de Cuidados Intensivos	1
Enfermería de Empresa	1
Gestión enfermería	1
Especialidad Pediatría 2 años	1
Máster Sociosanitario	1
Salud Mental y Antropología	1
Pediatría 1 año	1

Tema 5. Formación continuada

Subtema 5.1. Cursos relacionados con la especialidad realizados en los últimos dos años	
Descripción de variable	**Número de casos**
Formador de Formadores y Formadoras en Atención al Parto Normal	9
Sensibilización en Atención al Parto Normal	6
Suelo Pélvico	6
Posiciones de la Mujer y la Matrona en el Parto	4
Anatomía para el Movimiento	3
I Simposio Salud Reproductiva	9
Curso de Bienestar Fetal	2
Curso de Reanimación Neonatal	2

Subtema 5.2. Asistencia a otros cursos	
Descripción de variable	**Número de casos**
Curso de Parto de Baja Intervención	3
Lactancia Materna	6
Masaje Infantil	1
Cuidados del Recién Nacido	2
Enfermería Maternal	1
Investigación	1
Farmacología FAME	3
De Parto Domiciliario	1
Gestión	2
Control de Embarazo	1
Atención a la Mujer, al Embarazo y al Puerperio	1
Reanimación cardiopulmonar infantil	1
Suturas	1
Higiene de manos	1
Canalización	1
Duelo puerperal	1
Crecimiento personal	1

Subtema 5.3. Asistencia a congresos en los dos últimos años	
Descripción de variable	**Número de casos**
Valencia FAME	1
Madrid Asociación Nacional de Matronas	1
Gerona	1
Lactancia Materna	1
Suelo Pélvico	1
Murcia Asociación de Matronas de la Región de Murcia. FAME	1
Interatlantico Canarias	2
Antequera	1
Los Barrios, Ceuta	1
Alicante Asociación Nacional de Matronas	1
Internacional online	1
Congreso de Calidad Murcia	1

Tema 6. Formación recibida durante la Especialidad

Subtema 6.1. Percepciones en cuanto a la formación	
Descripción de variable	**Número de casos**
Suficiente	9
Falta teoría	2
En la práctica genial	1
Una buena base	2
Insuficiente	2
En el parto intervenido sí, en el parto de baja intervención no	2
Faltan cosas	4
Formación diferente	6

Subtema 6.2. Necesidad percibida de formación actual	
Descripción de variable	**Número de casos**
SI	18

Subtema 6.3. Necesidad sentida de formación en la actualidad Materias	
Descripción de variable	**Número de casos**
Parto	6
Lactancia Materna	5
Posiciones de la mujer	3
Analgesia durante el parto	4
Urgencias y emergencias	1
Planificación Familiar	1
Suelo Pélvico	3
Atención Primaria	2
De todo	3
Recién Nacido y Masaje Infantil	1
Motivación	1
Psicología	1
Técnicas de comunicación	1

Tema 7. Género y Salud

Subtema 7.1. Conocimientos acerca de los conceptos género y salud	
Descripción de variable	**Número de casos**
Nada	9
Un poco	5

Subtema7. 2. Conceptos adquiridos sobre género	
Descripción de variable	**Número de casos**
Diferencias de Sexo Masculino o femenino	5
Violencia de género	2
Condición social	2
Violencia de género	2

Subtema 7.3. Percepción de Formación recibida sobre género durante la Especialidad	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	5
No	8

Subtema 7.4. Percepción sobre necesidad de formación sobre género y salud	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	12
Tengo claro el concepto	1
Algo sencillo	1
Aprender a separar	1

Subtema 7. 5. Propuestas metodológicas para recibir formación sobre género y salud	
Descripción de variable	**Número de casos**
Cursos	5
Mediador/a cultural	1
Talleres prácticos	1
Charlas de expertos/as	2
On-line	2
Voluntariado	1

Subtema 7.6. Opiniones sobre género	
Descripción de variable	**Número de casos**
Cultural	2
Tema de moda	2
Diferencias	1
Machismo	1
Importante	1
Voluntariado	1

Tema 8. Atención al Parto Normal

Subtema 8.1. Conocimiento del Proyecto de Atención al Parto Normal	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	14
Libro (IPN. EAPN)	4

Subtema 8.2. Conocimiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	15
No	2

Subtema 8.3. Conocimiento de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	5
No	4
Escasamente	4
Confusión con Ley Orgánica	1

Subtema 8.4. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	14
No	2
Tal vez	2

Subtema 8.5. Conocimiento del Proyecto de Adecuaciones de Cesáreas a Estándares	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	6
No	9
Lo conozco pero no lo he leído	2

Subtema 8.6. Consulta de documentos	
Descripción de variable	**Número de casos**
Todos	5
IPN	1
Guía de Práctica Clínica	8
Estrategia Parto Normal	2

Subtema 8.7. Consulta de documentos en tu hospital	
Descripción de variable	**Número de casos**
Estrategia de Atención al Parto Normal	5
Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal	7
Proyecto de Adecuación de Cesáreas Urgentes y Programadas a Estándares	2
Proyecto de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia	1
Ninguno	2
Todos	1
Vía clínica	1
Estrategia Parto Normal	2

Subtema 8.8. Opiniones expresadas acerca de los documentos	
Descripción de variable	**Número de casos**
Fenomenal	1
Se debería hacer de rutina	1
Necesarios	3
Muy bien	2
Muy interesantes	3
Me gustan	2
Un paso más	1
Refrescan la idea del parto	1
Difíciles de aplicar	1
Me parece perfecto	1
Solo se cogen partes	1
Evitarían conflictos	1
Cambios	3
Son modas	1

Tema 9. Competencias profesionales de las Matronas

Subtema 9.1. Conocimiento de las competencias adquiridas durante la especialidad	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	17
No	1

Subtema 9.2.Percepción sobre el desarrollo de las competencias	
Descripción de variable	**Número de casos**
Sí	2
La mayoría pero no todas	1
Algunas estás muy limitada	1
En parte	7
Siempre que me dejan	1
Bastante	1

Subtema. 9.3. Competencias desarrolladas	
Descripción de variable	**Número de casos**
Gestión	1
Docente	2
Investigadora	2
Asistencial	1
Atención parto normal	11
Atención parto distócico	2
Puerperio	2
Administrativo	1
Salud sexual y reproductiva	4
Educación sanitaria	1
Parte legal	1
Control fetal	1
Control hemodinámico de la mujer	1
Atención al niño	2
Atención a la familia	1
Atención a la pareja	1
Conducción del embarazo, parto y puerperio normal	2
Lactancia materna	1
Sutura Episiotomía	1
Reanimación neonatal básica	1
Atención menopausia	1
Detección cáncer de mama	1
Citologías	1
Educación maternal	1
Prescripción enfermera	1
Detección de anomalías o riesgo	1

Subtema. 9.4. Opiniones acerca de las competencias	
Descripción de variable	**Número de casos**
Tenemos las competencias pero no las asumimos	3
Podríamos hacer mucho más	2
Faltan materiales	1
Están mal aplicadas	1
Limitadas al embarazo sano y parto	1
Buena opinión pero no siempre se puede	1
Son vitales para que se pueda reconocer la profesión	1
Son muchas pero no se desarrollan	1
Nos están quitando competencias	1
Lo ideal es que lo pudiéramos desarrollar	1
Tendríamos que ser los protagonistas del control del embarazo	1
Tenemos bastante responsabilidad	1
No se nos respetan	1
Muy importantes	1
Satisfecha	1

Subtema 9.5. Sentimientos que genera el desarrollo de las competencias	
Descripción de variable	**Número de casos**
Frustración	2
Costumbre	2
Miedo	3
Responsabilidad	1
No se nos respetan	1
Insatisfacción	1
Muy seguras	1
Satisfacción	1

Tema 10. Programa formativo actual

Subtema. 10.1. Conocimiento del Programa formativo actual	
Descripción de variable	**Número de casos**
Si	6
No	12

Subtema 10.2 Opinión acerca del Programa formativo	
Descripción de variable	**Número de casos**
Viene con competencias muy exclusivas	1
Por lógica se habrá introducido el tema del parto normal	1
Muy completo	1
Se repetían cosas	1
Por competencias	1
La gente sale muy preparada	2
Hay que incidir en competencias	1
Es más amplio que el mío	1
Viene muy bien	1
No ha cambiado	2
En general bien	1
He leído que hay cambios	1

Tema 11. Relación con otras categorías profesionales

Subtema. 11.1. Percepción de su relación con otros/as profesionales que integran el equipo multidisciplinar	
Descripción de variable	**Número de casos**
Muy buena	4
Muy buena pero hay excepciones	2
Laboral buena, personal muy buena	1
Buena, Bastante buena	4
Tensa	1
A mi me gusta	1
No tengo ningún problema, me integro bien	3
Tranquila	1
Con algunos te consideras parte de un equipo y con otros su ayudante	1
Con mis compañeras de profesión muy bien	1

Subtema. 11.2. Influencia de la relación con otros/as profesionales en el desarrollo de sus competencias	
Descripción de variable	Número de casos
Sí, claro que sí	6
Mucho, por supuesto, todo influye	6
Es fundamental, es muy importante	2
A veces sí	1

Tema 12. Reconocimiento social y profesional

Subtema 12. 1. Reconocimiento social y profesional	
Descripción de variable	Número de casos
Si ; creo que sí	10
A veces sí a veces no	1
En aumento, cada vez más	1
Más bien social	1
No mucho, un poco	2
Cuando acaba todo bien	1
De compañera a compañera sí	1
Mucho	1

Una matrona coordina el Proyecto de Atención al Parto Normal en Murcia

Escrito por Pablo Serrano Rojas

viernes, 27 de junio de 2008

Entrevistamos a una matrona de la AMRM, **M. Nieves Muñoz Rodríguez, Coordinadora técnica del Proyecto de Atención al Parto Normal en la Región de Murcia**. La Iniciativa Parto Normal, acunada por la **FAME** está empezando a ser tenida en cuenta por las Comunidades Autónomas. Nieves es matrona desde hace 10 años y licenciada en Publicidad y Relaciones Públicas, además de docente de la asignatura de Enfermería Materno Infantil I, en la Universidad Católica San Antonio desde 2003, y vocal matrona del Colegio Oficial de Enfermería de Murcia, nuestra compañera Nieves hace unos meses dejó su labor asistencial en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia para dedicarse al Proyecto de Atención al Parto Normal en la Región de Murcia, promovido y desarrollado desde la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias.

¿Qué ha supuesto para ti el cambio de trabajo como matrona? La verdad es que el cambio ha sido sustancial. Desde que me comunicaron que había sido seleccionada para desempeñar esta labor, tuve que cambiar no sólo de lugar de trabajo, la ubicación actual de mi puesto está en la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitarias, aunque también mi función es visitar los diferentes hospitales incluidos por ahora en el proyecto, como son el hospital de Yecla, Lorca, Caravaca y el hospital Virgen de la Arrixaca, sino también el desarrollo del mismo. Mi función ahora mismo es la de coordinar que el desarrollo del Proyecto se lleve de forma adecuada en los diferentes centros siguiendo las cuatro líneas de trabajo diseñadas en el mismo, como son: el fomento de las prácticas clínicas reflejadas en el documento de la Estrategia del Ministerio publicado en noviembre del pasado año, la formación e investigación de los profesionales implicados en el cuidado de la mujer embarazada, puérpera y del recién nacido, así como la participación de la mujer en todos estos procesos. Todo esto, bajo la dirección de José Fernández-Rufete y la colaboración de muchos profesionales que están muy ilusionados con el cambio, aunque somos conscientes de las dificultades con las que nos encontramos, hará que con el tiempo podamos evaluar las modificaciones que se han llevado a cabo, no sólo de forma estructural o de equipamiento, sino sobre todo, y esto es quizás lo más difícil, a nivel personal, tanto de los profesionales como de las mismas mujeres y, por qué no, de la sociedad. En definitiva se trata de fomentar el respeto hacia la mujer y la nueva familia que se va a formar, dentro de unas medidas de seguridad, para que consiga tener un parto lo más satisfactorio posible. Esto conlleva también transmitirles una información adecuada y real de lo que se va a encontrar cuando vaya a dar a luz, pero también hacerles ver cuáles son sus derechos, así como sus propias obligaciones en todo el proceso.

¿Cómo crees que nos afectará esto a las matronas? Indudablemente va a repercutir de forma muy positiva en nuestra profesión, puesto que somos conscientes de que la atención al parto normal es una

de nuestras responsabilidades, y el hecho de darle a la mujer la oportunidad de ser la protagonista de su parto, hace que nuestro trabajo sea una parte importante a la hora de ayudarle en la toma de decisiones, así como la valoración de la necesidad de intervención de otros profesionales cuando la situación así lo aconseje.

¿Cuánto tiempo crees que se necesitará para ver ese tan esperado cambio? Esto no va a ser de un día para otro, de hecho ya se están haciendo pequeñas modificaciones en varios centros en los que cada vez más se están guiando por la evidencia científica a la hora de desempeñar su trabajo. Pero aún falta bastante formación, cosa que conseguiremos a través de los cursos que ya se están impartiendo, como los de Nuria Vives, o el que se hizo a través de la Universidad, en colaboración con la Unidad Docente de Matronas y con financiación a cargo del Proyecto de Atención al Parto Normal, además de otros pendientes de desarrollar, así como la posibilidad de realizar estancias en otros hospitales donde ya trabajan siguiendo tanto las recomendaciones de la OMS, como las del Ministerio de Sanidad. Por último quiero recalcar la importancia de realizar investigaciones en este campo, puesto que cada vez más necesitaremos dejar constancia de la base de conocimientos científicos que manejamos y las capacitaciones que podemos desarrollar.

Agradecemos a Nieves la atención que nos ha prestado y le invitamos a que nos vaya comunicando todos aquellos avances del proyecto que pueden ser de nuestro interés.

Te recordamos que en Documentos tienes un especial sobre la Iniciativa Parto Normal, con un enlace directo al documento.

http://www.matronas-murcia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=199&Itemid=75