

## **COMADRONAS ANTE LA DECISIÓN: ¿QUÉ CAMINO ES EL MEJOR?. EL DEBATE TAN ESPERADO**

Domingo, 28 de Noviembre de 2004 (23:00:08)

Noviembre 2004

Por: Carina López Ballester, Mireia Marcos Marcos, Rafael Andrés Perales.

Los autores de este documento pretenden ofrecer una visión y provocar a la discusión sobre el pasado, el presente y el futuro de la comadrona en España.

Ante esta situación algunos profesionales arraigados cómodamente a su estatus y privilegios se sienten ofendidos, con reticencias y malos rollos hacia el resto emprenden una batalla contra los propios compañeros de profesión que oculta la actual necesidad de cambio.

En primer lugar sería importante reconocer, siendo lo más objetivos y críticos posible, que la actual situación de nuestra profesión es precaria, carecemos de voz y voto dentro de nuestro colectivo y por lo tanto no nos podemos considerar profesionales independientes que tienen un deber para con las mujeres, la familia y la comunidad, aunque muchas de nosotras no lo crean así.

Esta precariedad en la profesión se va arrastrando muchos años, aunque algunas sepan lo que ha estado ocurriendo durante los últimos 40 años en España, muchas por acción u omisión han colaborado a que esto ocurriera. Otras han luchado en vano y algunas incluso han ganado pequeñas batallas. Pero si comparamos nuestra profesión en Europa podemos claramente llegar a la conclusión que se necesita un cambio, que hemos perdido mucho terreno frente a la profesión médica, bien por comodidad o por ignorancia, nos hemos convertido en la subordinada del médico que no puede tomar responsabilidades ni decisiones. Para ser una profesión en el amplio sentido de la palabra debemos empezar por la raíz, la educación.

Todo el mundo tiene claro de base que en España no eres comadrona o matrona, eres enfermera especialista en ginecología y obstetricia, no siendo en el resto de Europa, donde en la mayoría de países se ha visto que no se necesita ser diplomada de enfermería para ser matrona. Aunque estamos de acuerdo que la matrona necesita una base de enfermería, no significa necesariamente que haya de estudiar 3 años de enfermería.

El problema es que en España estamos afectados de “titulitis”, y parece ser que cuantos mas títulos dispongamos en nuestro currículum mejor, aunque nunca hagamos uso de ellos. Y que tengamos más títulos que cualquier comadrona europea es un espejismo, ya que seguimos siendo una especialidad frente a su licenciatura de comadrona, y en la práctica ellas son más respetadas por el público en general como profesionales independientes que en España, donde seguimos siendo dependientes de otros colectivos.

Para ser conscientes de la situación de nuestra profesión en España el primer paso es la autorreflexión, cada uno debe mirar en su interior, pensar y decir realmente dónde

estamos ahora como profesionales, sin miedos ni tapujos. Preguntas que os ayudaran a responderos, ¿Puedo tomar decisiones? ¿Quiénes son los responsables de mi trabajo? ¿Tengo personas a mi cargo? ¿Es la mujer mi responsabilidad? ¿Debo hacer algo simplemente por que el médico me lo haya dicho aunque sepa que no es lo correcto o en contra de los deseos de la mujer?

Por otra parte debemos mirar un poco más allá, vivimos en una sociedad que nos influye y a la que influimos, pensemos en cómo nuestra situación ha sido el resultado de esta influencia, y cómo actualmente afecta a la comunidad, a la sociedad en general, a la cultura... En primer lugar podemos ver que bajo la influencia machista de la dictadura de Franco, el papel de la mujer como profesional casi se extinguió pasando a ser la ayudante de otros profesionales o simplemente un ama de casa dedicada a la familia. En esta época la figura del hombre profesional y paternalista adquirió importancia, quitándosela a la mujer como profesional y como cliente, que pasó a ser sumisa y obediente. Esto afectó al concepto que la sociedad tiene de las matronas, no estamos definidas como profesión, con esto me refiero a que muy pocas personas sabrían definir que es una matrona y cuales son sus funciones, y esto influye en el valor sociocultural que se nos da, sobretodo por parte del colectivo femenino.

La mayoría de matronas o comadronas españolas están subordinadas al médico y como un parche dentro de las enfermeras, sin unión, sin representación sindical, sin colegio de matronas, sin sociedades científicas de matronas (quienes se suponen investigan, ayudan, aconsejan y definen, lo que es mejor para la sociedad, escalándolo a través de la Organización Colegial de Enfermería, y poder llegar a los Ministerios de Sanidad y Educación). Algo no definido propiamente dentro de un sistema de salud totalmente jerarquizado.

Permitiendo que otros profesionales decidan por nosotras estamos contribuyendo al freno de la evolución de nuestra profesión. Deberíamos ser nosotras, y no otros quienes nos representáramos para tomar decisiones que conciernen y afectan a nuestra propia profesión, como por ejemplo:

- la definición de matrona y su rol
- ofrecer continuidad de cuidado de la mujer durante todo el embarazo, parto y puerperio
- contemplar la dualidad de formación, o bien después de estudiar enfermería (como hasta ahora) o bien acceso directo a estudiar matrona sin pasar por enfermería (que más bonito que estudiar todo lo que necesitas para el trabajo que vas a desarrollar)
- calcular el número de matronas que se necesitan en los centros de salud, hospitales y comunitaria, para ofertar un número adecuado de plazas universitarias para cubrir esa demanda.

Para conseguir esto nuestra unión es imprescindible.

## CÓMO HEMOS LLEGADO A ESTA SITUACIÓN

No es coincidencia que después de unos 200 años de progresiva invasión de nuestro oficio por parte del colectivo médico, de pronto a la comadrona, profesional

independiente durante milenios, se la pasara a considerar una ayudante del médico, con un rol equiparable al de la enfermera. No es que la comadrona de repente dejara de estar capacitada para atender el parto, sino que en la posguerra el rol de la mujer fue redefinido como el de la ama de casa sumisa y la máxima aspiración de una mujer pasó a ser la de ser ayudante de un médico, un hombre con su prestigio y su autoridad. Sólo hay que mirar cualquier película Española de la época... Ahora vemos las cosas de otra manera, pero ha quedado huella de una gran falta de espíritu crítico por parte del colectivo femenino. Las mujeres españolas históricamente siempre han sido luchadoras, fuertes, y trabajadoras. Sin embargo en los 50 y 60 parece que nos quedamos venidas a menos. Los medios de comunicación influyeron creando unos ideales de la feminidad muy americanos, esas películas de Marilyn Monroe... qué decir. Todo esto viene para explicar que tanto las comadronas como las madres fueron influidas por este nuevo panorama, en el que sobretodo la llegada de la tecnología al sistema sanitario fue decisiva.

La comadrona ya no podía seguir atendiendo el parto en casa si las madres sabían que en el hospital tendrían analgesia y médicos, esas fascinantes criaturas divinas que salvan la vida y que lo arreglan todo. ¿Qué mujer en sus cabales iba a parir en casa habiendo hospitales? El parto nunca había dolido tanto como cuando llegaron los calmantes al mercado, y este hecho notorio ha sido observado por muchos autores, como Grantly Dick Read, que posteriormente desarrolló sus teorías sobre el parto sin dolor. Según Margaret Yerby, lo que atrajo a las mujeres a parir al hospital parecía ser la seguridad y la analgesia pero en realidad era una razón social, el status de la madre que paría con doctores versus la madre pobre que paría en casa como los animales. El hecho de que las clases altas ya hacía generaciones que parían con médicos, pintaba la idea de parir como una reina o una condesa, pero por la seguridad social. Cualquiera que ha trabajado en un hospital sabrá cómo son las personas mayores frente a la bata blanca, al parecer toda aquella generación estaba fascinada por la autoridad médica. “Tendrás la mejor atención posible porque te atenderá un médico” se decía. Y si tu vecina había parido en hospital, ¿cómo ibas a quedarte tú a parir en casa? ¡Qué vergüenza! Y qué atractivas aquellas mujeres que contaban su historia “¡Si no fuera por el Dr. Tal no lo contaba!” (Todavía sucede esto, ahora está de moda que te atienda el mismo ginecólogo de la Infanta). Lo que movió a las madres fue más un cambio social que una necesidad. Las comadronas empezaron a trabajar en los hospitales y necesitaron aprender tecnología, protocolos, y por supuesto asumir un rol inferior al del médico. Fascinadas por la ciencia, las comadronas dejaron de atender partos fisiológicos progresivamente, y participaron en la medicalización del parto sin criterio. Se olvidaron de dar a luz es un proceso natural, de que las mujeres paren de pie o en cuclillas y se pasaron al modelo de Luis XIV, poniendo a la mujer boca arriba y sujeta (estilo reina) perdiendo toda capacidad de parir sin la ayuda de la medicina moderna.

¿Por qué fue tan fácil? En otros países también llegó la tecnología, pero las comadronas se agruparon a tiempo, también las madres, para parar los pies a la máquina obstétrica. Así, en países como Alemania, Noruega, Finlandia, Reino Unido y Holanda, las comadronas nunca perdieron su rol. También hay que admitir que la reputación del oficio de comadrona siempre ha sido bastante mala es España, pero casi tan mala o peor era en Inglaterra y eso no impidió que levantaran cabeza.

Sin embargo en España fuimos absorbidas, asimiladas por el sistema con una facilidad de espanto. Ya en 1957 se había unificado la formación de ATS y las matronas tenían que ser enfermeras previamente, creando el cambio de las matronas “puras” a las ATS que hacían un curso de un año para ser matronas. El colectivo se unificó para que se nivelara la titulación entre matronas y ATS especializada. Sin embargo, veinte años después, no habría mucha unión de las matronas, y poca gente alzó la voz (sin ser oída) cuando en 1977 se unificaron las matronas y las enfermeras en una sola carrera universitaria. La falta de una organización de apoyo o de colegio profesional fue decisiva. De hecho, había colegio de matronas, y con la “unificación” se procedió a su clausura definitiva. Las matronas empezaron a asociarse por provincias de forma privada surgiendo las asociaciones de matronas: Asociación Nacional de Matronas con sede en Madrid, Associació Catalana de Llevadores, Asociación Navarra de Matronas y así sucesivamente.

Algunas comadronas se rebelaron e intentaron impedirlo, incluso encerrándose físicamente en las instalaciones del colegio como protesta. Pero entonces respondieron con órdenes judiciales, se procedió a la clausura de todos modos y se las ignoró completamente. En 1986 se interrumpió la formación de matronas (¿por qué?). El paso siguiente hubiera sido la prohibición de la profesión de comadrona, algo que en Estados Unidos sucedió en realidad. Quizás como nadie se dio cuenta de que existíamos, no se molestaron en proscribirnos.

Curiosamente se trataba de una unificación, pero en realidad fue una anulación. Sólo la enfermería sobrevivió. Y el colectivo médico no parecía muy molesto con que desaparecieran las matronas. Es más, empezaron a aparecer hornadas de estudiantes de ginecología, se abrieron plazas y más plazas de residentes para rellenar el hueco dejado por las matronas. El parto ya no era asunto de la matrona, ahora era una enfermera más. La matrona ya no tenía voz ni voto. Tampoco la responsabilidad sobre la mujer y el bebé. Y el colectivo médico empezó a hacer buen dinero de un aspecto de la vida humana que había ignorado durante cientos de años (Towler J, 1997), ahora totalmente bajo su poder. Más puestos de trabajo y más actos quirúrgicos para ellos. La mujer desgraciadamente quedó relegada al último eslabón (pese a que sin mujer embarazada no existirían los profesionales que la atienden, ¿no?). La mujer dejó de parir y empezó a ser parida.

En España en esos años no era fácil levantar la voz, y menos para un colectivo mayormente femenino. 40 años de dictadura dejaron huella, y quizás esa sea la diferencia con otros países europeos. Sin embargo, en 1977, Franco ya estaba muerto y enterrado, y aún así no se hizo nada.

Cuando se habla de que descendió la mortalidad perinatal, tanto de madres como de bebés, tradicionalmente se ha atribuido al traslado al hospital del evento. Sin embargo estudios posteriores han revelado que la mortalidad y morbilidad ya habían descendido antes de que se implantara el parto hospitalario, no solo debido a la aparición de antibióticos (penicilina) y anestésicos, sino sobretudo a la mejora de higiene y alimentación y salud pública una vez superada la posguerra. Algunos libros incluso comentan un ligero aumento de morbilidad y mortalidad en los inicios de la práctica hospitalaria debido al abuso de tecnología, infecciones nosocomiales y experimentación sobre la marcha, que fue remitiendo poco a poco pero trayendo consigo un aumento de la intervención quirúrgica.

Es muy normal que la comadrona de los años 60 – 70 se sintiera atraída por el hospital y creyera en el progreso de la medicina. El progreso fue real y se han desarrollado métodos muy eficaces, como la monitorización del latido fetal, la mejora en la técnica de intervención por cesárea, para actuar en las situaciones de alto riesgo y emergencia, y el avance en el uso de anestésicos. Sin embargo el parto natural, que no necesita todas esas maravillosas intervenciones, quedó olvidado, pocas comadronas continuaron con el oficio, y sólo en algunas áreas rurales. Se pasó al concepto de que ningún parto es normal hasta después del evento, y entonces no se da la oportunidad de que lo pueda llegar a ser. También se difundió que ya ninguna mujer estaba capacitada para soportar el terrible dolor de un parto, sin explicar (ni seguramente entender) que era la oxitocina sintética y la inmovilidad lo que hacía el dolor insostenible en la mayoría de los casos. Y como un círculo vicioso, como ya ningún parto es natural, sería impensable dejar a una mujer parir sin intervenciones, ya no sabemos cómo se hacía eso de mirar y esperar. Hasta el punto de que muchas matronas de este siglo no han visto coronar y salir el bebé sin intervención (sin intervención significa sin tocar, si cortar, sin poner líquidos antisépticos, sin apretarle la barriga, sin decirle a la mujer que empuje... etc) y sin desgarros en toda su carrera profesional. Es triste.

La pasividad de nuestro colectivo se puso en evidencia de nuevo cuando tras una década sin escuela de matronas, pese a personas aisladas que habían denunciado la situación pero nunca uniéndose unas con otras, y en vano... la especialidad de enfermera especializada en ginecología y obstetricia fue abierta de nuevo porque a España le salía más caro pagar la multa a la Comunidad Europea por no tener formación de comadronas (1992-1993). Podemos sentirnos avergonzadas en este momento de nuestra historia, aunque trajo alguna esperanza a la supervivencia de nuestra profesión.

En 1991 se celebró el I Congreso Internacional de las Sages Femmes en Bruselas. Se presentaron los planes de formación de comadronas de cada país Europeo, y España quedó en ridículo exponiendo un panel desolado. Aquello fue la revolución, comadronas y mujeres sabias de toda Europa emprendieron una campaña de recogida de firmas para apoyar a las españolas, se llevó el caso al parlamento Europeo y España recibió una multa considerable a pagar si no se abría la escuela de comadronas. Así fue cómo en 1992 salió el proyecto de formación de matronas respaldado por la ley (que remedio). En Catalunya el proyecto se dispuso a llevar a cabo en el 1992, pero en Madrid no lo tuvieron preparado hasta el 1994 así que no permitieron que los catalanes empezaran antes. Es más, el Institut Català de la Salut no quiso saber nada de la formación de matronas, y las catalanas tuvieron que solicitar a la Universidad de Barcelona que les proporcionara la formación. Por suerte aceptó, y así es como en Catalunya es la primera comunidad autónoma donde la especialidad es responsabilidad de la Universidad, y donde se mantienen las plazas cada año y van en aumento, en lugar de cada 2 años como en Madrid y otras comunidades.

Creo que no hace falta añadir más comentarios. Pues sí, se puede hacer otro comentario: hace diez años que se abrió la especialidad y el número de plazas ofertadas es miserable y para nada acorde con las necesidades del país. Es triste que en España se formen alrededor de 200 matronas anualmente y que en Inglaterra y

otros países europeos seamos casi 100 españolas más cada año, y no nos vamos porque nos gusten los ingleses sino porque no podemos formarnos en nuestro país. Imaginad por un momento la cantidad de aspirantes a comadrona que hay en España, no necesariamente enfermeras, que no pueden ni entrar por el EIR ni tampoco ir al extranjero a hacerlo. Es insuficiente. Sé que hay algunas por ahí luchando por que se aumente el número de plazas (y es admirable), pero siguen sin unirse unas con otras, seguimos dando palos de ciego y palos unas a otras sobretodo. No se puede aceptar el no del colectivo médico una y otra vez. ¡Necesitamos unión para hacernos oír!

## EUROPA Y LAS COMADRONAS

Actualmente estamos viendo cómo en otros países se practica el parto natural y en casa en una sociedad avanzada tecnológicamente, en países que no han sufrido 40 años de dictadura y retraso y en los que el progreso ha fluido a la par con la sociedad . ¿Cómo puede ser si en España casi todos los partos son tratados como de alto riesgo ya que requieren la presencia de un médico? De aquí salen dos prototipos de comadrona.

El primero, la comadrona que ha evolucionado a través de la historia y que posee unos métodos y conocimientos que le permiten ser el profesional líder en la atención al embarazo, parto y posparto normal, y que sabe y decide cuándo debe involucrar a otros profesionales en el cuidado de la mujer y el niño, reconociendo el desvío de la normalidad. Esto coincide con la definición por la International Confederation of Midwives. Esta comadrona no es enfermera, aunque puede haber estudiado enfermería en el pasado o no, entiende el parto como un evento natural y cree en la capacidad de la mujer para hacerlo, ella observa, sólo interviene cuando es necesario, y sabe que si da apoyo a la mujer y la ayuda a creer en su capacidad no necesitará analgesia a menos que ocurra algo anormal, y sabe cómo defender a la mujer ante otros profesionales porque tiene los conocimientos para ello.

El segundo, es una matrona que se ha quedado atascada en el rol de la enfermera, sin ninguna organización profesional propia, considerada enfermera especializada, ayudante del médico y subordinada, de la que no se espera que sepa manejar un parto normal, y que no entiende la mayoría de procedimientos que hace rutinariamente porque no existe evidencia científica que apoyen dichos procedimientos. Simplemente le han explicado que lo haga así y es cosa suya si quiere leer artículos y buscar información. Esta matrona lucha en su pequeño dominio por ayudar a las mujeres en el traumático evento del parto, se siente altruista pues es elección suya ser amable o no, e intentar que tengan menos dolor y que paran más rápido para que se acabe antes el mal rato. Ve el dolor del parto como algo de lo que hay que deshacerse, algo negativo. Tiene una visión limitada de sus posibilidades porque se encuentra sola e impotente ante un sistema medicalizado. Esta descripción se contradice totalmente con la definición de comadrona de la International Confederation of Midwives.

Ambas son buenas profesionales, y la gran diferencia es la formación que han recibido y sobretodo la situación social y laboral de su profesión. No se puede culpar a nadie por no saber lo que no le han enseñado. Tampoco por creer en el sistema en el

que se trabaja. Es normal continuar con lo que se hace si no se ha visto nada diferente. Es común la idea de que la obstetricia en España es bastante normal (excepto salvajadas como el Kristeller y los tactos en grupo que asustan y ponen la piel de gallina a cualquier ser humano con sensibilidad que los presencie) hasta que comparas con otros países como Inglaterra y ves cómo las mujeres pueden parir sin medicina ni intervenciones aun estando en el hospital (Nota: como es conocida la reacción automática del público, queremos aclarar que en UK no es todo perfecto, pero sí mejor en comparación con España. Y que eso no debería ser motivo de rechazo sino al contrario, de alegría porque otros lo han hecho y podemos imitarles. ¡Tenemos la prueba de que es posible! Os invito a venir y verlo). En estos países las comadronas no están subordinadas al médico, son profesionales responsables de sus actos, que toman decisiones en el tipo de cuidado que ofrecen y que tienen un deber de protección para con la mujer y la familia. Tienen poder como colectivo porque existe un colegio profesional que las defiende contra viento y marea. Al ver que existe otra forma de hacer las cosas, algunas profesionales nos hemos interesado por sistemas aún mejores, como el holandés o el alemán, con la esperanza de algún día poder cambiar el sistema de cuidado de la mujer embarazada en España.

La intención de este documento es aportar una visión positiva de nuestra profesión mirándonos en el espejo del futuro, y partiendo de la situación real en la que ahora nos encontramos. Allá donde la comadrona ha mantenido su poder como colectivo, la atención a la mujer es de mayor calidad, basada en evidencia científica y eficaz, yendo los niveles de satisfacción parejos con los de salud y calidad de vida. Si las comadronas españolas nos planteamos nuestro rol ahora, y estamos dispuestas a asumir el control de nuestro colectivo, la consecuencia última a largo plazo será una mejora en la atención a la mujer (en la adolescencia, en el embarazo, el parto, puerperio y menopausia) y en la calidad de nacimiento de los bebés, que no tardará en verse reflejado en la sociedad, mejorándola en general. Si no lo hacemos nosotras alguien más lo tendrá que hacer, puesto que las mujeres españolas están empezando a despertar del estupor femenino del siglo veinte (sólo hay que ver cómo se mueven las de la Asociación el Parto es Nuestro, por poner un ejemplo), y no van a tolerar en el futuro las injusticias que hoy soportan sin rechistar. O cambiamos, o nos quedamos atrás.

## PROPUESTAS DE CAMBIO

En primer lugar habría que crear una red de contacto entre todas y cada una de las organizaciones, pequeñas y grandes, de matronas o comadronas españolas. Se debería tener en cuenta la opinión de cada profesional ya que cada una de nosotras tiene igual derecho como colegiada (actualmente en un colegio ajeno pero en un futuro próximo probablemente en el colegio de matronas españolas).

Deberíamos poner en común los objetivos como colectivo, clarificarlos y concretarlos al máximo en actividades a corto y largo plazo. Entonces podríamos presentar un plan de acción para mejorar la situación actual en la dirección en la que hayamos encontrado los puntos en común. No consistiría en hacer una votación de entrada, sino en una exposición de diferentes visiones y un debate en mesa redonda. ¿Cómo se va a

hacer una votación si todavía no está definido qué habría que votar? Hay muchas cosas importantes que estudiar para hacer un proyecto bien hecho.

El plan de acción diseñado debe comprender un nuevo proyecto de ley que declare a nuestro colectivo como profesional independiente si eso es lo que desea la mayoría. Primero habría que redactar unos informes que justifiquen los motivos por los que se desea la independencia de la comadrona, en qué beneficiaría a la sociedad, al progreso, y a la ciencia; y se debería presentar a las sociedades científicas que traten sobre las matronas, y en el caso de que no exista crear esta sociedad, como proyecto científico. Las comadronas emancipadas llevarán a cabo sus propios proyectos de investigación, independientes del resto de profesiones, y destinados a mejorar la calidad de los servicios de maternidad y a propulsar la profesión..

Después, con las conclusiones del proyecto científico, la sociedad científica debería redactar EL PROYECTO, el cual a través de la Organización Colegial de Enfermería llegaría a los Ministerios de Sanidad y Educación, para la posterior generación de la Ley o Decreto de exclusión.

En el proyecto desarrollado se incluirá una definición del rol de la comadrona, para la cual se deberá llegar a un consenso sobre cuáles son las actividades que puede llevar a cabo, sus competencias y sus limitaciones. Esta definición debería ser acorde con la de la Confederación Internacional de Comadronas de 1992, adoptada por la OMS el mismo año. También se deberá redactar un código de conducta profesional específico para nuestra profesión. La creación de una revista de comadronas sería un paso clave para mantenernos comunicadas y poner en común los avances, así como base de apoyo para la sociedad científica, siendo el medio donde publicar la investigación exclusiva de nuestro colectivo.

El proyecto debería ser aceptado. De otro modo se procedería a llevar el caso al Parlamento Europeo, ya que la Comunidad Europea acepta que la comadrona es una profesión distinta de la enfermería y la formación específica es obligatoria. Se podría recoger firmas a nivel nacional de los diversos colectivos en España: matronas, madres, enfermeras, médicos, etc. Tanto para respaldar nuestro proyecto inicialmente como para llevarlo tan lejos como haga falta.

Sería importante tener en cuenta el apoyo de los sindicatos, evaluar cómo nos pueden apoyar tras el cambio, y crear nuevos esquemas de actuación. También sería interesante hacer una recogida de datos realizando una encuesta a nivel nacional a todas las matronas, una encuesta detallada, a rellenar por cada matrona trabajando en territorio español, desde sus opiniones hasta los hechos de su trabajo. Qué le han enseñado, qué hace y que le gustaría hacer. El día a día de su trabajo. Igual de importante sería que podamos mantenernos al día y en contacto a través de internet, creando más foros profesionales y websites de interés para la profesión.

También para garantizar el apoyo a cada profesional de nuestro colectivo, se creará la figura de la supervisora de comadronas, (traducción literal del inglés “supervisor of midwives” y que no tiene nada que ver con la supervisora de plantas que conocemos) que consiste en una comadrona experimentada que tendrá un número limitado de comadronas con menos experiencia que ella o recién tituladas como “protegidas”(no



necesariamente trabajando en el mismo lugar), y será una guía profesional para ellas, llevando a cabo reuniones periódicas y discutiendo los problemas encontrados y al mismo tiempo un enlace entre la profesional y el sistema incluyendo la universidad y los cursos al alcance. La supervisora también lleva un control de los empleos que sus comadronas llevan a cabo y comprueba que esa comadrona está prestando los servicios adecuados y cumpliendo con su rol. También representa legalmente a la comadrona en caso necesario. Creo que es una figura muy importante para mantener la unión entre profesionales, y muy necesaria para estos comienzos (o recomienzos). En UK funciona muy bien, para más información ver referencia NMC (2004).

Ok, ahora ya somos comadronas independientes, tenemos una matrona presidenta del Colegio Oficial de Matronas que nos representa y nos defiende. Ya no puede haber una enfermera como supervisora de sala de partos, tiene que ser una matrona por ley. Ninguna enfermera puede ser superior en cargo jerárquico a ninguna comadrona, por muy jefa de servicio que sea, ya que somos colectivos profesionales distintos. Es igual que un pediatra no supervisa al ginecólogo. En cada centro tendrá que haber una representante matrona cualificada y colegiada. Tampoco se podrá permitir más que las enfermeras hagan intrusismo profesional y asuman tareas en el cuidado de la mujer antenatal, en parto y puerpera normales. Si hay intrusismo deberán enfrentarse legalmente al colegio de matronas y recibir penalización. Evidentemente, el intrusismo del colectivo médico también tendrá que ser descrito y sancionado.

Creamos un colegio de matronas, y entonces decidimos que deseamos que las futuras profesionales reciban una formación adecuada a la profesión que van a desempeñar. Nos reunimos de nuevo y diseñamos el nuevo programa de formación de comadronas españolas. Como organización independiente, negociamos directamente con los Ministerios de Sanidad y Educación la necesidad del aumento de número de matronas en los centros y también la necesidad del aumento de plazas de formación para poder cumplir con esos requisitos, sin necesidad de consultar a la supervisora de enfermería ni al director médico del hospital, puesto que tenemos un territorio y un rol delimitado que comprende el derecho a la formación de profesionales de nuestro colectivo, y tendremos que consultar a la supervisora de matronas. En caso de no haberla en ese centro, se procederá a negociar directamente con el departamento de sanidad y el ministerio, lo cual sucederá en el 100% de los casos de momento.

El número de matronas empieza a aumentar al cabo de unos años y ahora somos un colectivo más numeroso, con voz y voto, y empezamos a recuperar el terreno perdido a los médicos el siglo pasado. Tenemos el apoyo de la Comunidad Europea y empezamos a crear nuestros propios protocolos de atención a la mujer independientes de los de la SEGO aunque coordinados. Las mujeres empiezan a recibir una atención más digna y basada en la evidencia científica. Las mujeres pueden decidir cómo desean ser atendidas y son el centro de la atención, protagonistas de los cuidados. Se reduce enormemente el coste sanitario en la atención obstétrica, ya que la atención de la comadrona en atención primaria e intraparto reduce la necesidad de: analgesia y anestesia, intervenciones y material hospitalario, la necesidad de gran número de otros profesionales que resultan más caros de costear como anestesistas y médicos, utilización de instalaciones hospitalarias y cirugía mayor innecesaria. La calidad de la asistencia ha aumentado y cumple los estándares europeos. Las comadronas empiezan a investigar, subvencionadas por los centros donde trabajan y por las universidades

donde son docentes. Somos modelos a seguir por otros países...

Esto podría ser sólo un sueño, o quizás mejor aún una visión del futuro en España para la profesión más antigua del mundo, que esperamos ver renovada en los próximos años. Sabemos que el cambio es inevitable, pero la dirección que tome dependerá de nuestro esfuerzo. ¡Arriba las comadronas!

Mireia Marcos Marcos, estudiante de comadrona, Birmingham.  
Carina López Ballester, comadrona, Londres.

Agradecimientos a la colaboración de Rafael Andrés Perales, soporte técnico y de investigación, por su apoyo y sin el cual este escrito no hubiera sido posible. A Concepción Marcos Belda, a Inma Marcos Marcos y a otras tantas otras comadronas españolas que han compartido con nosotras sus experiencias a lo largo de estos años. Gracias por vuestro apoyo y participación.

## BIBLIOGRAFÍA

Fraser D, Cooper M, (2003) Myles textbook for Midwives, Churchill Livingstone, London

Isabel Fernández del Castillo (1990) La revolución del Nacimiento, ed. EDAF

Leap N; Anderson T (2004). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. In: Downe S ed. Normal childbirth: evidence and debate. Oxford: Churchill Livingstone

NMC Nursing and Midwifery Council, Midwives rules and standards, 2004, London.

Towler J, Comadronas en la Historia y en la Sociedad, Masson, Barcelona, 1997

Yerby M, (2000) Pain in Childbearing, key issues in management, Ballière Tindall, London

Sección de parto natural, estado internacional, expone cómo es la atención al parto endiferentes países. [http://www.holistika.net/amplia\\_tu\\_vision/](http://www.holistika.net/amplia_tu_vision/)

Foro de opinión y participación de comadronas: [www.comadrona.foro.st](http://www.comadrona.foro.st)

Definición de Comadrona por la Confederación Internacional de Comadronas 1992

"Una comadrona es una persona que, habiendo sido admitida reglamentariamente a un programa de educación para comadronas, reconocido en el país donde se encuentra, ha completado con éxito los estudios para comadrona y ha adquirido las calificaciones requeridas para ser matriculada y/o legalmente obtener licencia para practicar como comadrona.

Debe ser capaz de proporcionar la supervisión y el cuidado necesarios, así como

consejos a las mujeres durante el embarazo, parto y el período posparto; atender partos bajo su propia responsabilidad y cuidar del recién nacido y el bebé. Este cuidado incluye medidas preventivas, detección de condiciones anormales en la madre y el bebé, facilitar asistencia médica y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de servicio médico. La comadrona tiene una labor importante en consejo y educación sanitaria, no sólo para la mujer sino para toda la familia y comunidad. El trabajo debería incluir educación pre-natal y preparación para maternidad y extenderse a ciertas áreas de la ginecología, planificación familiar y pediatría. La comadrona puede practicar en hospitales, clínicas, centros de salud, entorno domiciliario o en cualquier otro servicio."