

PROFESIONES “DE MUJERES” EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL: LA FIGURA DE LA COMADRONA Y SU ÁMBITO DE COMPETENCIA FRENTE AL MÉDICO

La de comadrona, una profesión desempeñada tradicionalmente por mujeres, es la única especialidad sanitaria que tiene definidas legalmente sus competencias. El Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, de 1973, sitúa a las comadronas en una relación de inferioridad jerárquica, técnica y científica respecto al médico (tradicionalmente varón) poco compatible con la definición actual de esta profesión según la legislación de referencia nacional e internacional, la calidad de los servicios de salud materno-infantil en términos de morbilidad, las necesidades de salud de las mujeres y la propia realidad asistencial. En el nuevo marco jurídico e histórico, la comadrona aparece como una profesional autónoma, con competencias y funciones propias y distintas de las del médico y con una formación universitaria que incluye la investigación científica.

Pero antes de ahondar en el tema principal de este artículo -la descripción legal de las competencias profesionales de las comadronas como muestra de la pervivencia de normas sexistas en el ordenamiento jurídico español-, me gustaría resaltar que esta cuestión no sólo tiene un componente de discriminación sexual hacia los profesionales que ejercen la matronería, tradicionalmente mujeres, sino también efectos directísimos para la salud de todas las usuarias de servicios de ginecología y obstetricia. Los estudios realizados hasta ahora para comparar los resultados de los partos asistidos por comadrona y los de los partos asistidos por ginecólogo han puesto de manifiesto que, siendo las cifras de mortalidad materno-infantiles similares en ambos grupos, el número de cesáreas, episiotomías, fórceps e ingreso de bebés en unidades neonatales era sustancialmente inferior en los partos atendidos por matrona. Según la Organización Mundial de la Salud, la comadrona es “la profesional más apropiada y económica para ser asignada al cuidado de un embarazo y parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones”. A pesar de ello, la sociedad española en general sigue pensando que la atención prestada por los ginecólogos es superior a la de las comadronas sea cual sea el tipo de parto. Nuestra legislación es un ejemplo de esta forma de pensar, injustificada a la luz de los estudios científicos y de la formación, universitaria y altamente especializada, que reciben estas profesionales hoy en día.

Quiero compartir una breve reflexión sobre antes de entrar en materia: hablar de la profesión de comadrona es hablar del parto, es decir, de la forma en que todos los

seres humanos venimos al mundo, del verdadero “origen” de la humanidad. Sin embargo, siendo el parto una experiencia vital tan trascendental, las palabras “partera”, “parto” o “parir” tienen algo de chirriante, de “inadecuado” cuando se pronuncian en foros jurídicos o filosóficos. Al menos, eso me pareció por la cara que me puso una colega de la revista del Colegio de Abogados de Madrid cuando le propuse publicar un artículo sobre los aspectos legales de la atención al parto en España. Tradicionalmente, todo lo que guarda relación con el parto ha sido relegado al mundo de “lo femenino”, de lo doméstico, de lo “íntimo y personal”. Como mucho, su campo de discusión abarca lo anatómico, lo fisiológico, lo sanitario. ¿Cómo es posible que esto sea así cuando estamos hablando de una experiencia tan profundamente humana? ¿Tendrá algo que ver en ello que las que parimos somos las mujeres?

MARCO JURÍDICO

Los artículos 66 y 67 del Estatuto del 73 definían así las funciones que corresponden a la matrona:

Artículo 66

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

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

Artículo 67

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

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

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

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

Un simple examen terminológico basta para darse cuenta de cuán profunda es la brecha abierta entre estos dos tipos de profesionales: ella (la comadrona) y él (el

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

Compárese esta redacción con la de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Esta norma dice que los Estados miembros garantizaran que las matronas estén facultadas por lo menos para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

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

j) realizar el tratamiento prescrito por el médico; (por supuesto, cuando el parto deja de ser normal, la comadrona puede asistir al médico, que asume la dirección de los cuidados).

k) redactar los informes que sean necesarios.

Esta redacción sugiere una profesional especializada, cualificada, con funciones propias y capaz de llevarlas a cabo sin necesidad de estar supeditada a una inspección o supervisión previa por parte de otro profesional.

Si bien la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (en adelante, el *Nuevo Estatuto*) derogó los artículos 66 y 67 del Estatuto de 1973, la Disposición transitoria sexta, titulada “Aplicación paulatina de esta ley”, matiza la derogación:

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

Y he aquí que todas las CCAA han omitido regular expresamente las funciones de las matronas en normas de rango legal, por lo que, probablemente sin ninguna voluntad política sino por mera dejadez, están permitiendo la pervivencia en nuestro ordenamiento jurídico de dos artículos que resultan incompatibles con la evidencia científica, con las necesidades de salud de las mujeres, con la realidad asistencial de las maternidades y con el espíritu modernizador del Nuevo Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre de 2003 (en adelante, la *LOPS*).

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE PARA LA SALUD DE LAS MUJERES QUE LAS COMADRONAS EJERZAN SUS COMPETENCIAS DE FORMA AUTÓNOMA?

El siguiente cuadro describe brevemente los efectos beneficiosos que el modelo de atención tradicional de las matronas tiene para la salud de madres y recién nacidos durante el embarazo, parto y puerperio y las ventajas que reporta a los sistemas públicos de salud en comparación con el modelo médico.

GINECÓLOGOS	MATRONAS
Son cirujanos especialistas en las patologías de los órganos reproductivos de la mujer.	Son especialistas en la fisiología del parto y su formación está orientada a preservarla. Integran los aspectos psicológicos y sociales de la atención.
Su formación está orientada a la intervención para solucionar problemas.	Más que intervenir, prestan apoyo a la madre y realzan su protagonismo.
El parto se convierte en un evento tecnológico y todo gira en torno al médico y sus intervenciones.	El parto sigue siendo fundamentalmente un acontecimiento familiar .
La especialización en los casos de alto riesgo impregna con frecuencia la atención que prestan a mujeres con embarazos de bajo riesgo, a las que no hace ningún bien y puede causar un daño considerable.	Tienen un amplio repertorio de medidas sencillas y no invasivas para solucionar los problemas que puedan presentarse.
Sus intervenciones consisten en algo que se le hace a la madre .	En general, consisten en algo que la madre hace , no “le hacen”. Ofrecen un tipo de atención flexible e individualizada.
Su trabajo se concentra en determinados aspectos de la salud de la mujer.	Tienen una perspectiva global de la salud de la mujer al estar versadas en aspectos tales como la depresión postparto, la sexualidad, la lactancia o la menopausia.
Salvo raras excepciones, sólo atienden en hospitales .	Las comadronas atienden tanto en hospitales y casas de partos como a domicilio .

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

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

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

El trabajo de las comadronas puede verse afectado o limitado cuando se desarrolla en un entorno muy tecnificado o son los ginecólogos quienes dictan las normas. No disponemos de estudios dedicados específicamente a evaluar cómo afecta a las comadronas trabajar en lugares en donde se ha impuesto el modelo médico, pero podemos citar uno que comparó la tasa de intervenciones en un grupo de 1.750 mujeres ingresadas en el servicio de obstetricia de un centro docente supervisado por médicos de familia con la de un grupo de 2.800 atendidas en otro centro supervisado por

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

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

³ Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(6):1864-71. Este estudio se llevó a cabo en un centro hospitalario en el que se compararon los resultados perinatales del servicio público, atendido por comadronas que asistían a mujeres de escasos recursos, con los de las clientes privadas asistidas por los mismos ginecólogos que supervisaban a las comadronas. Las mujeres con pocos recursos económicos tenían más factores que las predisponían a sufrir complicaciones. A pesar de ello, la tasa total de cesáreas de las 500 mujeres atendidas por las comadronas fue del 13 %, la mitad que la de las 600 mujeres atendidas por ginecólogo, que fue del 26 %. La tasa de primera cesárea (cesárea primaria) de las mujeres atendidas por comadrona fue del 11 %, frente al 19 % de las atendidas por ginecólogo. Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos.

ginecólogos.⁴ Tras tener en cuenta las diferencias en los factores de riesgo, el resultado obtenido fue que **las mujeres atendidas en el servicio dirigido por ginecólogos tenían cuatro veces más posibilidades de sufrir una cesárea y un 50 % más de sufrir una episiotomía.**

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

En España es frecuente que los ginecólogos dicten órdenes a las comadronas sobre cómo atender los partos normales, supervisen su trabajo y de muchas otras formas dirijan la atención que éstas prestan a las mujeres a su cargo. Veamos este testimonio de una comadrona mallorquina con más de treinta años de experiencia:

Cuando empieza algún o alguna gine suele estar acostumbrado a escribir ordenes como: “enema de limpieza y estimulación oxitócica”⁶, entonces se le debe informar que el parto normal es competencia nuestra, y que no hace falta que escriba nada, que nosotras sabemos lo que hacer y si necesitamos alguna cosa se lo diremos. Algunas veces, afortunadamente pocas, se produce algún enfrentamiento. Creo que los más fuertes me ha tocado a mi vivirlos. No todas las compañeras son capaces de defender la profesión, a las mujeres y a los bebes con tanta pasión o no tienen argumentos suficientes para defenderlo. Pero el resultado es bueno: hace un año que no se ha puesto ningún enema, las mujeres paren sentadas o como deseen, pueden pasear y utilizar la monitorización de forma intermitente o la telemetría en casos de riesgo, pueden utilizar unas pelotas (que fui a comprar yo misma), pueden ver nacer a su bebe

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

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

⁶ La estimulación rutinaria de los partos normales con oxitocina –una hormona sintética muy potente– tiene como misión acelerar el parto. En general, se administra sin informar previamente a la mujer de sus indicaciones, riesgos y alternativas y sin pedirle su consentimiento. Su administración rutinaria está desaconsejada por la OMS porque aumenta el dolor de la mujer y puede producir sufrimiento fetal, con el consiguiente incremento del número de partos que acaban en cesárea o fórceps.

con unos espejos (de todo a cien que también compré). Ellas o su pareja ayudan al bebe a ser puesto encima de la madre, se corta el cordón cuando acaba de latir y no se realizan cuidados inmediatos, dejando un tiempcito para la creación del vínculo y el inicio de la lactancia. Te he contado todo esto porque es fruto de mucho trabajo. Yo empecé ha trabajar en el Hospital hace dos años y aunque no eran tan exagerados como en otros, todo lo dicho anteriormente no se respetaba. Yo creo tener claro cual es mi trabajo: en el parto normal, soy la especialista y decido conjuntamente con la mujer lo que haremos. En los de riesgo los médicos pautan la medicación y pocas cosas más, porque el desarrollo casi siempre es normal y porque las comadronas estamos capacitadas para detectar riesgos y saber que controles debemos seguir en cada caso. Se me olvidaba la episiotomía: la última que hicimos creo que fue en enero o febrero. En el 2003 se realizaron un 40% de episiotomías. Eran pocas teniendo en cuenta lo que ocurre en la mayoría de hospitales. En el 2004 fue de un 23%, y este año al mes de septiembre tenemos un 14%.

Si sabemos que la dirección del trabajo de las comadronas por parte de los ginecólogos hace que aumente el número de intervenciones sin mejorar los resultados materno-infantiles, mantener una relación jerárquica entre ambos colectivos en la atención de los partos normales significa, a la vez, ponerse en contra de la evidencia científica, del derecho al ejercicio de su profesión “con plena autonomía técnica y científica” que todos los profesionales sanitarios tienen reconocido legalmente, y de principios básicos del ordenamiento jurídico sanitario tales como el de hacer un uso racional de los recursos, evitando su sobreutilización o utilización inadecuada.

LA NUEVA LEGISLACIÓN SANITARIA

En los últimos años han aparecido diversas leyes sanitarias que influyen en las relaciones de las comadronas con los usuarios y con otros profesionales. Por un lado, la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante, la **Ley de Autonomía del Paciente**), consagró los principios de la bioética y la humanización de la atención que ya recogía la Ley General de Sanidad y expuso los deberes de los profesionales de la salud en materia de confección y confidencialidad de la historia clínica. Por otro, la LOPS y el Nuevo Estatuto hicieron desaparecer la clásica división entre personal

facultativo y no facultativo al reconocer a los diplomados sanitarios la autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas.

DELIMITACIÓN DE COMPETENCIAS Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL TRABAJO

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

Si corresponde a las comadronas “reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un medico”, ella es la responsable de decidir si un parto es normal o no y, en su caso, transferir la dirección asistencial al médico para, esta vez sí, “**asistir a este**”. Pero si la comadrona entiende que un parto está transcurriendo con normalidad y no reconoce esos “signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un medico”, parece claro que la dirección del proceso asistencial recae en ella⁷.

Además, el 4.5 de la LOPS ha elevado las normas deontológicas al rango de ley, al establecer que «los profesionales tendrán como guía de su actuación el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas». Las obligaciones deontológicas de las comadronas están recogidas en el Código Deontológico de la Enfermería Española, que

⁷ Recientemente, la Audiencia Provincial de Zaragoza rechazó el recurso interpuesto por una matrona contra la sentencia de un juzgado que la condenaba a pagar una indemnización de más de 80.000 euros por los daños sufridos por un bebé tras el parto. El fallo achacaba a la matrona una falta de control de la monitorización de la embarazada e impedía que la responsabilidad se extendiese al ginecólogo. La matrona solicitaba que, de la misma manera que se ha absuelto al ginecólogo, dicha absolución también se aplicase a su actuación. Esta teoría no fue asumida por el tribunal, al entender que "la matrona se encontraba en todo momento cercana al escenario donde se produjeron los hechos y **actuando en el ámbito propio de su competencia**".

dice que el enfermero «No debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia o en demérito del cumplimiento de sus propias funciones» y «No permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional». Hay que tener en cuenta también que una comadrona, como cualquier otro profesional sanitario, debe negarse a obedecer las órdenes que vayan en contra de lo dispuesto en la legislación sanitaria y el conjunto del ordenamiento jurídico o los principios técnicos, científicos, éticos y deontológico que sean aplicables.

CONCLUSIONES

- De una interpretación evolutiva, sistemática e histórica del Derecho sanitario y de las normas jurídicas que inciden en la profesión de matrona se deriva que estamos ante una profesional con competencias propias, plenamente capacitada para la atención del parto normal que puede ejercer su profesión de forma autónoma y sin injerencias de otros colectivos profesionales.
- El artículo 4.7 de la LOPS establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo «con **plena autonomía** técnica y científica [...] y que los criterios de actuación [...] estarán basados en la **evidencia científica**». Y si la evidencia científica, de la que se hace eco la propia OMS, nos dice que las matronas son las profesionales más adecuadas para atender los partos normales, y nuestra legislación ordena que la actuación sanitaria se rija por la evidencia científica, los partos normales deberían ser atendidos por matronas que trabajen conforma a los principios de su profesión y no conforme a un modelo impuesto desde fuera por otros profesionales.
- El buen funcionamiento de los servicios de atención a la maternidad exige que el criterio principal para la atribución de competencias a unos u otros profesionales se corresponda con los resultados de la evidencia científica, poniendo por encima de cualquier otra consideración el bien de las madres y los recién nacidos, reconociendo la dimensión familiar del nacimiento y las necesidades especiales de los recién nacidos.
- El uso racional de los recursos públicos en el ámbito sanitario exige reservar a cada profesional para aquéllas funciones en las que está más especializado, evitando la sobreutilización de las especialidades quirúrgicas en los partos normales.
- La legislación vigente obligan a definir con claridad las funciones propias de cada miembro del equipo asistencial mediante normas de funcionamiento interno que tengan en cuenta la nueva normativa y la profesión de comadrona a nivel europeo.

Entre ginecólogos y matronas no debería haber una relación jerárquica sino un reparto funcional de competencias.

El Escorial, 15 de octubre de 2009

Francisca Fernández Guillén

Abogada

www.franciscafernandezguillen.com

