

ASSOCIACIÓ BALEAR DE COMARES



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

Francisca Fernández Guillén

Gonzalo Canales Santander

Enero de 2012

CONTENIDO

I. PARTE NORMATIVA

INTRODUCCIÓN.....	4
DIFERENCIA ENTRE EL TRABAJO DE MÉDICOS Y MATRONAS	5
¿POR QUÉ NO DEBEN LOS GINECÓLOGOS SUPERVISAR A LAS COMADRONAS NI DICTARLES ÓRDENES MÉDICAS CUANDO ÉSTAS ATIENDEN PARTOS NORMALES?	6
ÁMBITO COMPETENCIAL.....	7
PERFIL COMPETENCIAL EN LA ORDEN SAS/1349/2009, DE 6 DE MAYO POR EL QUE SE APRUEBA Y PUBLICA EL PROGRAMA FORMATIVO DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO- GINECOLÓGICA (MATRONA)	12
ISLAS BALEARES.....	14
MARCO CIENTÍFICO, JURÍDICO, INTERPROFESIONAL Y DEONTOLÓGICO.....	15
LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	15
LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES.....	21
DERECHOS DE LAS USUARIAS.....	28
HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PLANES DE PARTO.....	36
LA MEDICINA DEFENSIVA.....	38
DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO.....	39
ESPECIAL REFERENCIA A LAS ILLES BALEARS.....	40
DEPENDENCIA ORGÁNICA.....	41
LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR LAS MATRONAS.....	46
INSTITUCIONES, ASOCIACIONES Y FOROS EN LOS QUE LAS MATRONAS DEBEN ESTAR REPRESENTADAS.....	55
Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.....	56
Comité Asesor de Especialidades de Enfermería.....	56
Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.....	58
Comisiones Nacionales de Especialidad.....	58

Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.....	59
Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears	59
CARACTERIZACIÓN DE LA PROFESIÓN Y FUNCIONES QUE SE LE ATRIBUYEN A LA COMADRONA EN LA JURISPRUDENCIA.....	63
RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL Y ADMINISTRATIVA.....	67
TRABAJO EN EQUIPO Y “PRINCIPIO DE CONFIANZA RECÍPROCA”	71
TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDADES MATRONA-MÉDICO.....	72
OBLIGACIÓN DE AGOTAR TODOS LOS RECURSOS	74
PARTO NORMAL, PARTO DE RIESGO.....	77
SITUACIONES ESPECÍFICAS QUE LA COMADRONA NO DEBE RESOLVER SIN LA CONCURRENCIA DE UN MÉDICO.....	78
NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO EXPRESO Y POR ESCRITO DE LA MUJER PARA LA EPISIOTOMÍA, LA INDUCCIÓN DEL PARTO O LA MANIOBRA DE KRISTELLER.....	82
RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	91
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.....	91
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias.....	91
Fernández Costales, J. «La responsabilidad civil sanitaria (médica y de enfermería)». Ed. La Ley, Madrid 1995.....	92
Gallardo Castillo et alia. «La responsabilidad jurídico-sanitaria» Ed. La Ley, 2011	93
Sánchez González, M. A. Ética, bioética y globalizad. Madrid, CEP, 2006.....	93

Parte normativa

INTRODUCCIÓN

En los tiempos actuales, en los que el personal sanitario desarrolla su profesión mirando no sólo al paciente sino también al juez, los equipos de trabajo son cada vez más multidisciplinares, el intrusismo y la competencia se agudizan y la sociedad demanda una atención más humana, reviste especial importancia para las comadronas consolidar y promover su autonomía profesional y mejorar la percepción social que se tiene de su trabajo. Conocer el marco científico, ético y jurídico en que se desenvuelve el ejercicio de la matronería es fundamental para actuar con seguridad, servir mejor a las mujeres y a los niños, obtener mayor reconocimiento social y mejorar las perspectivas profesionales.

La parte normativa de este estudio se va a centrar en aquellas cuestiones que, dentro del ordenamiento jurídico, afectan al desarrollo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), debiendo para ello entrar a analizar tanto la normativa básica que afecta al personal sanitario en su conjunto como aquella que incide específicamente en el campo de actuación de las comadronas en el plano nacional e internacional, con especial atención a la legislación balear.

La parte jurisprudencial está especialmente dedicada a estudiar el régimen de responsabilidad penal, civil y administrativa de las comadronas a través de las resoluciones judiciales más significativas, intentando extraer de ello una serie de recomendaciones prácticas para reducir el número de demandas. Como punto de partida, efectuamos una búsqueda en las bases de datos jurídicas La Ley <http://laleydigitalhome.laley.es> y Westlaw <http://www.westlaw.es> de resoluciones judiciales de los órdenes jurisdiccionales civil, penal, contencioso-administrativo y social en las que apareciesen implicadas matronas, siendo los órganos judiciales autores el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Tribunal Constitucional, Tribunal Supremo, Audiencia Nacional, Tribunales Superiores de Justicia de las CCAA, Audiencias Provinciales y Juzgados. Las palabras clave utilizadas fueron: “comadrona”, “matrona”, “parto”, “responsabilidad” y “competencia” en diversas combinaciones, obteniéndose un máximo de 310 resultados, de los cuales se seleccionaron, por su especificidad, las sentencias más significativas recaídas entre los años 1988 y 2011.

Para quienes quieran saber más o deseen consultar las fuentes directamente, en el CD que se acompaña a este estudio incluimos las normas de referencia, el texto íntegro de las sentencias seleccionadas y una ficha resumen de cada una de ellas con los datos más relevantes.

Antes de entrar a analizar las normas y jurisprudencia que hay que tener en cuenta para el buen desempeño de la profesión de matrona, describiremos brevemente los efectos beneficiosos que el modelo de atención tradicional de las comadronas tiene para la salud de madres y recién nacidos y las ventajas que reporta a los sistemas públicos de salud. A lo largo de este estudio, además, justificaremos la autonomía de las matronas desde el punto de vista jurídico y científico.

DIFERENCIA ENTRE EL TRABAJO DE MÉDICOS Y MATRONAS

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

Fuente: Henci Goer, "Guía de la mujer consciente para un parto mejor", Ed. Ob Stare

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

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

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

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

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

Hay además un estudio canadiense piloto sobre el trabajo de las comadronas en el que se comparó la tasa de intervenciones en 79 mujeres de bajo riesgo atendidas por enfermeras obstétricas con la de 373 atendidas por ginecólogos.⁵ El número de mujeres a las que se practicó la amniotomía fue menor en el primer grupo (33 % frente a 47 %), y

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.

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.**

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.

ÁMBITO COMPETENCIAL

Para poder analizar los aspectos normativos debemos determinar, en primer lugar, a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de la profesión de matrona y cuál es su ámbito de actuación. Para ello, debemos partir de la definición de la especialidad que recoge el Anexo de la 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):

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

Esta definición evoca a una profesional altamente cualificada, con un ámbito competencial propio diferenciado del de otros profesionales, responsable y autónoma. Sobre este último aspecto se pronuncia la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en adelante, la **LOPS**) en su artículo 4.7, en el que se establece que “El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará cabo con plena autonomía técnica y científica”.

La ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud hizo desaparecer la clásica división entre personal facultativo y no facultativo al reconocer a los diplomados sanitarios autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. Otra de sus virtudes fue derogar una antigua orden ministerial de la época franquista, el “Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social”, de 1973⁶, que configuraba del siguiente modo las relaciones entre médicos y comadronas, estableciendo que corresponde a estas últimas:

⁶ Dado que el objeto de este estudio es analizar el régimen jurídico y de responsabilidad profesional vigente actualmente, nos ha parecido oportuno no tratar aquí los antecedentes legislativos históricos más allá de esta Orden Ministerial de 1973, pero el lector curioso puede encontrar una referencia completa en el Anexo I.

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 anormalidad en su evolución.

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

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

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

Compárese esta redacción con la de la **Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo**, que dice que los Estados miembros garantizaran que las matronas estén facultadas, por lo menos, para acceder a las actividades siguientes y para ejercerlas:

- a) prestar información y asesoramiento adecuados sobre planificación familiar;
- b) diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales;
- c) prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo;
- d) facilitar programas de preparación parental y preparación completa al parto, incluida la información relacionada con la higiene y la nutrición;

- e) prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados;
- f) atender el parto normal cuando se trate de una presentación de vértice, incluyendo, si es necesario, la episiotomía y, en caso de urgencia, atender el parto en presentación de nalgas;
- g) reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico y, en su caso, asistir a este; adoptar las medidas necesarias en ausencia del médico, en particular la extracción manual de la placenta, seguida en su caso del reconocimiento manual del útero;
- h) reconocer y prestar cuidados al recién nacido; adoptar todas las iniciativas precisas en caso de necesidad y practicar, si llega el caso, la reanimación inmediata;
- i) asistir y supervisar los progresos de la madre después del parto y prestarle el asesoramiento necesario en relación con los cuidados al niño para que pueda garantizar el progreso óptimo del recién nacido;
- j) realizar el tratamiento prescrito por el médico;
- k) redactar los informes que sean necesarios.

En cuanto al grado de responsabilidad con la que han de ejercerse estas funciones, el art 7.2(a) de la LOPS, sobre “Funciones específicas de los diplomados en enfermería”, establece que corresponde a este colectivo profesional “la **dirección, evaluación y prestación** de los cuidados de Enfermería”. Por extensión, a los enfermeros especialistas como la matrona corresponderá **dirigir, evaluar y prestar** los cuidados propios de su especialidad. En este caso, los recogidos en la Directiva europea anterior, traspuestos al ordenamiento jurídico español por el R.D. 1837/2008, de 8 de noviembre.

En lo que respecta a los licenciados, el artículo 6.1 de la LOPS establece que:

“Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de la salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.”

Si bien la ley introduce algún matiz cuando se refiere al objeto de la actividad de los diplomados (“atención a la salud”) y cuando se refiere al de los licenciados (atención “integral” de la salud y dirección y evaluación del “desarrollo global del proceso de atención”), dada la vacuidad de estos conceptos nos atenemos a lo dicho para el caso de los Enfermeros en el apartado a) del mismo artículo, cuando dispone que les corresponde “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.”

Como se verá a continuación, en el caso de las comadronas contamos con cuerpos legales en los que se define mucho mejor su ámbito de actuación. En cuanto a su nivel de responsabilidad, es también mejor remitirnos a la jurisprudencia.

Para dar cumplimiento a las previsiones sobre libre circulación de trabajadores en la Unión Europea, se hizo preciso aprobar normas armonizadoras que facilitaran la homologación de titulaciones que habilitaran para el ejercicio profesional en los distintos estados miembros. A estos efectos, nacen la **Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo** 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. La primera fue traspuesta a nuestro **ordenamiento** jurídico a través del **Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre**, que tenía por objeto:

“[...] establecer las normas para permitir el acceso y ejercicio de una profesión regulada en España, mediante el reconocimiento de las cualificaciones profesionales adquiridas en otro u otros Estados miembros de la Unión Europea y que permitan a su titular ejercer en él la misma profesión (art. 1), siendo de aplicación a los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea, incluidos los pertenecientes a profesiones liberales, que pretendan ejercer, por cuenta propia o ajena, una profesión regulada en España a través del reconocimiento de sus cualificaciones profesionales obtenidas en otro u otros Estados miembros (art. 2.1).”

Seguidamente, en su artículo 4, esta norma establecía que:

“a los exclusivos efectos de la aplicación del sistema de reconocimiento de cualificaciones regulado en este Real Decreto, se entenderá por profesión regulada la actividad o conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o modalidad de ejercicio se exija, de manera directa o indirecta, estar en posesión de determinadas cualificaciones profesionales, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas.

A estos efectos, las profesiones y las actividades que entran dentro del ámbito de aplicación del sistema de reconocimiento de cualificaciones según la definición anterior son las que se relacionan en el [anexo VIII](#) sin que de dicha inclusión puedan derivarse otros efectos fuera de ese ámbito.”

Y en el Anexo VIII se incluyeron, entre otras profesiones, la de enfermera especialista. Atendiendo a lo expuesto, para poder ejercer unas determinadas profesiones en España se debe acreditar una formación que cumpla una serie de requisitos exigibles a los nacionales de otros Estados Miembros y por ende a los propios. En este sentido, el artículo 30.3 del referido Real Decreto establece que:

“La autoridad competente española reconocerá los títulos de formación de matrona expedidos a nacionales de los Estados miembros por los demás Estados miembros, que se mencionan en el punto 5.5.2 del Anexo V, siempre que se ajusten a las condiciones mínimas de formación reguladas en el artículo 53 y respondan a una de las modalidades señaladas en el artículo 54. El reconocimiento para el acceso a las

actividades profesionales y su ejercicio tendrá el mismo efecto que los títulos de formación expedidos en España. Todo ello sin perjuicio de los derechos adquiridos a los que se refieren los artículos 31 a 35, y 56 a 59.”

En el caso de las matronas, esos requisitos vienen especificados en el artículo 53, enumerando el artículo 55 las actividades profesionales que pueden desarrollar, lo que implica una delimitación de sus parcelas de actividad que destierra definitivamente el papel de auxiliar que el Estatuto de 1973 otorgaba a las matronas, cuyo resquicio de aplicación habilitaba la Disposición Transitoria Sexta antedicha de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Así, el artículo 55, preceptúa:

“En España, las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona) son las siguientes:

- 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.”*

Las actividades profesionales enumeradas deben ser contempladas como un mínimo de las que pueden realizar las matronas, pues la evolución de los conocimientos científicos y las demandas de la sociedad actual reclaman un profesional mucho más implicado en las facetas preventivas y de promoción de la salud de la mujer.

Como puede verse, en este articulado ya no se preceptúa la supervisión previa ni a posteriori de la actividad de la comadrona por el médico.

PERFIL COMPETENCIAL EN LA ORDEN SAS/1349/2009, DE 6 DE MAYO POR EL QUE SE APRUEBA Y PUBLICA EL PROGRAMA FORMATIVO DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA (MATRONA)

Especialidades como la de matrona exigen de un programa formativo en el que se especifiquen los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título, pues así lo exige el artículo 21 de la LOPS, y el artículo 7 del **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería**, correspondiendo al Ministerio de Sanidad y Consumo su aprobación. Y en estos términos, se aprueba la **Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)** que establece en el apartado 3 de su anexo las competencias de las matronas, completando las previstas en la Directiva 2005/36/CE:

“El perfil competencial derivado de dicho esquema determina que al concluir su programa formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

- a) Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.*
- b) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*
- c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*
- d) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.*
- e) Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.*
- f) Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.*

- g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.*
- h) Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.*
- i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.*
- j) Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.*
- k) Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.*
- l) Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.*
- m) Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.*
- n) Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.*
- o) Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.*
- p) Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.*
- q) Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.*
- r) Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.*
- s) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.*
- t) Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.*
- u) Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.*
- v) Mantener actualizadas las competencias profesionales.*

w) *Liderar y desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.*”

Las funciones que se enumeran son muy amplias y van más allá del proceso asistencial, correspondiéndoles también actividades de docencia y de investigación, lo que es muestra evidente de la relevancia de la matrona en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva, siendo el profesional que ostenta los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad.

Sobre el papel central de la matrona en la atención integral a la salud sexual y reproductiva de la mujer se pronuncia como sigue el documento de consenso entre el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el Royal College of Midwives, el Royal College of Anaesthetists y el Royal College of Paediatrics and Child Health⁷:

“[...] reconoce el papel central del matró n o matrona en la asistencia de la mujer en el parto normal, así como la necesidad de una mayor implicación del médico(a) especialista en obstetricia en la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o complicados, y en la supervisión y educación de la plantilla médica. Todos los y las profesionales: matrones(as), obstetras, anesthesiólogos(as) y pediatras, deben trabajar conjuntamente a fin de acordar protocolos que mejoren los resultados para la madre y su RN, especialmente en embarazos complicados”.

ISLAS BALEARES

En el ámbito de la comunidad balear, el Protocolo de Atención al Parto Fisiológico del Hospital de Manacor, en su última versión de 29 de junio de 2011, destaca como ejemplo de reconocimiento al protagonismo que debe tener la matrona en la asistencia del parto normal y de la autonomía con que debe desempeñar su labor. Adaptado a las recomendaciones de la “Guía de práctica clínica para la atención al parto normal” del Ministerio de Sanidad y Política Social del año 2010, recoge frases como:

- ***El profesional encargado y especializado en la atención al parto de bajo riesgo es la matrona.***
- *Cada comadrona **será responsable** de aquellas pacientes de las que se hace cargo. Todas las comadronas tiene la misma cualificación y ninguna está encargada de supervisar a las demás en su trabajo, independientemente de su edad o experiencia.*
- *La comadrona asistirá de forma **totalmente autónoma** a las gestantes de más de 37 SG de bajo riesgo, las que se encuentren entre la semana 34+5 SG y las 37 SG serán también asistidas por la comadrona pero siempre hay que avisar al ginecólogo de guardia así como las de más de 37 SG con algún factor de riesgo.*

⁷ Documento de Estándares y Recomendaciones para la Maternidad Hospitalaria del Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social; 145.

Estos conocimientos y competencias de las que derivan una mayor responsabilidad y autonomía en el desempeño de la profesión implican de un lado que la matrona sea la máxima autoridad en la atención del parto normal, **sin que deba ajustar su actuación a órdenes dictadas por otros profesionales.**

Dicho esto, es preciso que las jóvenes que se incorporan a la profesión tengan claro que cuando estén ante un parto distócico, un parto inducido o prematuro, la dirección de la atención recae en el médico, y ellas no pueden ni deben actuar de forma autónoma. Pero esta cuestión la trataremos con detalle en la parte dedicada al estudio de la jurisprudencia.

En cuanto al ejercicio de actividades propias de las comadronas por parte de enfermeras no especializadas, tener atribuida legalmente una competencia profesional no sólo conlleva el poder ejercerla uno mismo, sino también impedir su ejercicio a quienes no la tienen.

MARCO CIENTÍFICO, JURÍDICO, INTERPROFESIONAL Y DEONTOLÓGICO

Una vez descrito el ámbito competencial, es preciso examinar el marco global en el que se desempeña una profesión que ha de ejercerse:

- conforme a la evidencia científica (*lex artis*);
- en un ámbito de relaciones interprofesionales determinado;
- respetando los derechos de las usuarias y del recién nacido;
- respetando el resto del ordenamiento jurídico; y
- conforme a un código deontológico.

A continuación iremos desarrollando cada uno de estos apartados.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

La comadrona, como cualquier otro profesional de la salud, está obligada a actualizar sus conocimientos y trabajar conforme a la evidencia científica. El primer problema que nos encontramos, pues, radica en saber qué debemos entender por evidencia científica, cómo podemos saber si nuestra actuación ha sido o no correcta en el plano clínico. Nuestra legislación, aparte de contener una serie de principios básicos de actuación y derechos y deberes de obligatoria observancia, no precisa qué debemos entender por esa “actitud científica responsable” exigible a la matrona a que se refería la Orden SAS/1349/2009 citada anteriormente.

La Ley General de Sanidad 14/1986 no concretó cuáles eran los medios adecuados para atender a cada enfermo, ni las pruebas diagnósticas que deben prescribirse en cada

caso, ni los niveles de calidad dentro de los cuales debían moverse los servicios sanitarios. Se limitó a establecer una serie de principios generales, como los de su artículo 7: “Los servicios sanitarios adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad” o los de su artículo 46, que preceptúa como características fundamentales del Sistema Nacional de Salud:

“b) la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de curación y rehabilitación [...]

e) La prestación de una atención integral de la procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”.

De igual modo, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establecía la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, no aportó ninguna precisión sobre el modo y condiciones en que se debe prestar la asistencia sanitaria, limitándose a recoger en sus artículos 2 y 3 el carácter generalizable de los servicios mencionados, garantizando la posible utilización de la cartera de servicios por todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud con independencia del ámbito geográfico en el que residan.

Tampoco la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció la forma en que debían hacerse efectivas las prestaciones de salud pública que se recogen en su artículo 11, ni las prestaciones de asistencia primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, que se recogía en sus artículos 12 a 19.

La entrada en vigor de la reciente Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, si bien ha introducido novedades y matizaciones en las leyes antedichas, no ha supuesto novedad alguna en cuanto al modo y condiciones en que debe prestarse la asistencia sanitaria.

En el panorama legislativo actual, en el que no se establece ningún criterio normativo que sirva para determinar una correcta actuación de los profesionales sanitarios, debemos acudir a los pronunciamientos judiciales para determinar cuándo el funcionamiento del servicio ha sido o no correcto o, lo que es lo mismo, cuándo se ha ajustado a lo que se denomina *lex artis*.

Qué es la “lex artis”

Resulta de interés a este respecto recordar la **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, de 12 de febrero de 2008, núm. 156/2008:**

“Éste (la lex artis ad hoc) es el criterio utilizado por la jurisprudencia para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. Por lo tanto, el

criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (lex artis). Este criterio es fundamental, pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a la responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión, sino también la infracción de dicha lex artis; de erigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad, al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva, sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la lex artis”

De lo expuesto se desprende que la adecuación de una actuación a la *lex artis* es el criterio principal a tener en cuenta a la hora de valorar una actuación sanitaria, no la mera existencia de una lesión. Un resultado adverso no es sinónimo de prestación sanitaria negligente si la misma respetó la *lex artis ad hoc*. Y pueden darse casos en los que el paciente no ha sufrido perjuicio físico pero existe responsabilidad al no ajustarse la actuación a otro de los requisitos de la *lex artis*: respetar los derechos de paciente, como ocurre cuando no se le facilita la información que necesita para tomar decisiones o no se respeta su derecho a elegir entre las opciones terapéuticas existentes o a rechazar una actuación que afecte a su salud.

Para clarificar el concepto de *lex artis*, debemos referirnos también a la antigua **sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991**, que nos ofrece una serie de notas sobre la *lex artis* perfectamente válidas a día de hoy:

- a) implica una regla de medición de una conducta a tenor de unos baremos de valoración;
- b) el objetivo es valorar la corrección o no del resultado de una conducta o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos;
- c) en cuanto a la técnica, es la forma en la que los principios o normas de la profesión en cuanto ciencia se proyectan al exterior, según el arte personal o profesionalidad del autor;
- d) el objeto sobre el que recae hace referencia a la especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de la ejecución, etc.);
- e) ha de examinarse la concreción de cada acto médico o presupuesto *ad hoc*; se trata del elemento que individualiza a dicha *lex artis* cuando responde a las peculiaridades de un acto concreto.

Definido el concepto de *lex artis*, debemos ahora determinar en qué guías, documentos y protocolos vendría recogida, hoy en día, la mejor evidencia científica, aquélla de la que extraer esa “ley del arte” en el campo de actuación de las matronas. Para ello, debemos tener en cuenta que debe tratarse de documentos elaborados con una metodología adecuada, **con representación de todos los colectivos profesionales llamados a aplicarlos**, revisados y actualizados regularmente y estar respaldados por las autoridades sanitarias y sociedades científicas más competentes en la materia sobre la que versen. Un atributo superior es que la ciudadanía haya participado en su elaboración a través de las asociaciones de usuarios más representativas en el ámbito de la salud de que se trate.

A la importancia de estos documentos se refiere la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en su artículo 4, que lleva por rúbrica “Principios generales”. En su apartado 7.b) se establece lo siguiente:

“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 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 deban aplicar.”

En el momento actual, podemos decir sin ningún género de dudas que la mejor evidencia científica en su campo se haya plasmada en las guías y documentos sobre atención al embarazo, parto y puerperio elaborados por el Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuya **“Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”**, del año 2007, se ponía de manifiesto que:

“Los contenidos de este documento son el fruto de la revisión de la evidencia científica, de la investigación existente, del análisis de las experiencias innovadoras identificadas, de modelos de buena práctica, y se ha construido con el trabajo conjunto de sociedades profesionales, organizaciones de mujeres y las administraciones sanitarias autonómicas.»

Por su parte, la **“Guía de práctica clínica para la atención al parto normal”** del Ministerio de Sanidad y Política Social, del año 2010, se dirige expresamente a las comadronas:

“La guía que se presenta a continuación es la herramienta de acompañamiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS para facilitar su implementación por matronas, obstetras, pediatras, enfermería y demás profesionales implicados en la atención a las mujeres en el parto. Esta Guía es el resultado del trabajo de un amplio grupo de profesionales, procedentes de diferentes Comunidades Autónomas, que representan al conjunto de disciplinas implicadas en la atención al parto normal. También han participado, como miembros de pleno derecho, mujeres pertenecientes a asociaciones involucradas en el fomento de unos cuidados adecuados antes durante y tras el parto. En el proceso de revisión se ha contado con profesionales de reconocido prestigio, pertenecientes a las Sociedades Científicas implicadas.

Las recomendaciones que se proponen en esta guía están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de nuestros hospitales.

Resulta también imprescindible, dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, el “**Documento de Estándares y Recomendaciones para la maternidad hospitalaria**”, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, que contó con una amplia participación institucional, de sociedades científicas, personas expertas y asociaciones ciudadanas.

Por todo ello, los protocolos particulares vigentes en cada centro deberían ser coherentes con las guías y documentos referidos.

Naturaleza jurídica del Protocolo

Como señala la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 3 de Pamplona de fecha 21 de junio de 2000:

*“La protocolización de los procedimientos de diagnóstico y terapéutico, médicos, plasmación documental de directrices o recomendaciones que un grupo de expertos cualificados establecen para orientar la labor diaria de los profesionales con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de la actuación sanitaria, **constituye un valioso instrumento para el juez** a la hora de decidir sobre la adaptación de la actuación médica a la *Lex artis*, no obstante su carácter orientativo opera como pauta o recomendación dirigida a los profesionales de la sanidad, pudiendo ser acogida por el órgano jurisdiccional para configurar el deber objetivo de cuidado en el caso concreto que se plantea”.*

Hinojal Fonseca y Galán Cortés definen el protocolo como “el método científico con alta rentabilidad asistencial, docente e investigadora, que fija por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica, aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas”⁸. El protocolo ofrece así al médico una “mayor seguridad de aplicar al enfermo el procedimiento diagnóstico y terapéutico más correcto, acelera el proceso de toma de decisiones y le da respaldo jurídico ante posibles reclamaciones judiciales”⁹.

A pesar de que carecen de obligatoriedad jurídica, pues se trata de reglas técnicas que operan como pautas de actuación, resulta evidente la importancia que la jurisprudencia les ha otorgado, llegando a identificarse en algún caso con la propia *lex artis*, de modo que si la actuación del profesional se ajustaba al protocolo, se ajustaba igualmente a la *lex artis*¹⁰, y viceversa¹¹.

⁸ Hinojal Fonseca R, Galán Cortés JC. “Los protocolos Médicos”. RGD núm. 622-623 Revista Salud Rural, 1996.

⁹ Martín Bernal, JM, Responsabilidad Médica y Derechos de los pacientes. 1ª Edición, Madrid, julio 1998.

¹⁰ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 14 de enero de 1999.

¹¹ Sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº3 Pamplona, de 21 de junio de 2000.

Debe tenerse en cuenta, dada su relevancia en los procedimientos de responsabilidad, el justo valor que deba darse al protocolo, pues como señala Barreiro, estos documentos son confeccionados a veces por importantes sociedades científicas de ámbito nacional, en otros casos por expertos de un área de sanidad de un centro hospitalario, de un servicio concreto, mientras que en otras ocasiones son simples notas de servicio interior de los jefes de servicio¹². De ahí que, para la valoración del alcance y virtualidad de los protocolos, deban ser tenidos muy en cuenta sus presupuestos. Particularmente, deberá tenerse en cuenta¹³:

- El grado de difusión, en cuanto que el juicio de autoridad que es implícito al mismo ganará mayor o menor fuerza en función de aquél.
- La relación con el agente y particularmente la existencia de una relación de dependencia y en su caso de especialidad entre quienes concurren a la intervención.
- El grado de dificultad de la técnica empleada, debiéndose entender que cuanto mayor sea éste, menor será el ámbito de discrecionalidad.
- Las circunstancias del caso concreto.

Sin quitarle la importancia que le corresponde (siempre y cuando reúna los presupuestos antedichos), no debe otorgarse al protocolo el carácter de norma jurídica y adoptarlo como único punto de referencia para discernir si se actuó bien o mal. Siendo cierto que no dejan de ser reglas técnicas adoptadas por un colectivo especializado en una materia compleja que carecen de eficacia normativa, deben ser tenidos en cuenta como una justicia de mínimos, pero no como el único parámetro correcto de actuación a tener en cuenta, resultando necesario analizar caso por caso.

A continuación, debemos poner de manifiesto que muchos de los protocolos que inciden en la actividad profesional de la comadrona adolecen de un defecto cuya corrección consideramos vital si se les quiere dotar de un mínimo de legitimidad, que no es otro que **la ausencia total de participación del colectivo llamado a aplicarlos en la confección de los mismos**. Así, podemos observar cómo la mayoría de los protocolos referidos en los pronunciamientos judiciales son los de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en cuyos grupos de trabajo y sociedades autonómicas no están representadas las comadronas. El artículo 4.7.b) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, recoge como un principio general en el ejercicio de las profesiones sanitarias **“la participación en la elaboración de los Protocolos de los profesionales que los deben aplicar”**. Resulta llamativo que los documentos y protocolos elaborados por sociedades científicas como la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Asociación Española de Matronas no tengan eco en la jurisprudencia, y en la mayoría

¹² Jorge Barreiro, J. “Jurisprudencia Penal y Lex Artis Médica”. Cuadernos de Derecho Judicial, Monográfico núm. 1, Madrid, 1995; 71-101.

¹³ Antonio Ernesto Gudín R. Magariños. “Los protocolos médicos I”. Revista Calidad y Riesgo núm. 10. Agosto 2009.

de los casos las comadronas no hayan participado en la elaboración de los protocolos vigentes en sus centros de trabajo.

Acabamos de exponer el escaso reconocimiento de las comadronas como agentes de producción de referencia científica en relación con la elaboración de Protocolos o, al menos, el poco eco de los mismos en la esfera jurídica. Esta falta de protagonismo se reproduce cuando hablamos de las relaciones jurídicas derivadas de la asistencia sanitaria, como pone de relieve el hecho de que la firma de la comadrona está ausente en un modelo de “hoja de consentimiento informado para la atención al parto” propuesto por la SEGO¹⁴, que ha proliferado incompresiblemente en centros públicos en donde los partos son mayoritariamente atendidos por matronas. Más adelante volveremos sobre este documento al tratar sobre las Hojas de Consentimiento Informado para la Atención al Parto y Planes de parto.

La obligación del profesional sanitario es de medios y no de resultados

Expuesto lo anterior, debemos añadir que el requisito adicional y específico en materia sanitaria, que es la infracción del principio de la *lex artis ad hoc*, se basa en que la obligación del profesional sanitario es de medios y no de resultados, de tal forma que los profesionales de la salud están obligados a prestar la atención sanitaria a los usuarios mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozcan las ciencias de la salud y se hallen a su alcance, no comprometiéndose en ningún caso a la obtención de un resultado satisfactorio, por ser contrario tanto a la naturaleza humana como a las limitaciones de su arte y ciencia.

En este sentido, el Tribunal Supremo ha declarado que, en esta materia, la responsabilidad viene dada por el carácter inadecuado de la prestación médica dispensada, lo que ocurre cuando “*no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario*” (SSTS de 14 de diciembre de 1990, 5 y 8 de febrero de 1991, 10 de mayo y 27 de noviembre de 1993, 9 de marzo de 1998, y 10 de octubre de 2000).

LAS RELACIONES INTERPROFESIONALES

Decíamos antes que otro de los factores que delimitan la actuación profesional de la comadrona es el de las relaciones interprofesionales. Si bien las funciones específicas de esta profesión sanitaria están descritas a nivel legal, lo que no ocurre con la especialidad de ginecología y obstetricia, al coincidir ambas profesiones en el cuidado de la atención al embarazo y parto, se hace preciso delimitar con claridad el ámbito de actuación específico de cada una de ellas.

¹⁴ http://www.sego.es/Content/doc/Documento_de_Consenso_y_Recomendaciones.doc

Delimitación de competencias y organización funcional del trabajo

La legislación sanitaria (la propia LOPS o el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud) está “inspirada en el principio del respeto mutuo a las competencias propias de cada profesión”, una fórmula demasiado vaga como para resultar útil a la hora de delimitar el ámbito competencial y funcional de cada profesional.

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.» Estos pactos, sin embargo, no se han producido.

Criterios organizativos en los equipos multidisciplinares

La LOPS, en su título “Las relaciones interprofesionales y trabajo en equipo”, indica en sus apartados 1 y 3 lo siguiente:

“1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.”

Bien porque el legislador quiso deliberadamente crear una norma en blanco en la que cupiera cualquier posibilidad, o por simple mala técnica legislativa, el caso es que resulta difícil sacar conclusiones de este articulado. Su redacción es farragosa y da lugar a todo tipo de interpretaciones, utilizando en un único párrafo dos veces la expresión “en su caso” y otra “en función de”, sin aclararnos cuáles son esos “casos” ni cómo actúa el modulador “en función de”. Aun así, intentaremos llegar a una interpretación afinada partiendo de la propia estructura interna del texto y desglosándolo párrafo a párrafo de esta forma:

*Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales se articulará de forma **jerarquizada o colegiada**, en su caso,*

a) atendiendo a los criterios de:

- conocimientos y competencia, y (en su caso, al de)*
- titulación, de los profesionales que integran el equipo,*

b) en función de:

- *la actividad concreta a desarrollar, de*
- *la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de*
- *los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas*

En primer lugar, el apartado 3 nos ofrece dos criterios alternativos a la hora de elegir cómo se organizarán las relaciones interprofesional cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo multidisciplinar, el de jerarquía y el de colegiación. El modulador “en su caso” nos dice que lo primero que tenemos que ver para elegir si las personas llamadas a trabajar juntas se organizan jerárquicamente o las decisiones se tomarán de forma colegiada (por consenso entre iguales) es si puede predicarse de alguna de las profesiones participantes un mayor grado de conocimiento y competencia respecto de las otras. Si estamos ante un embarazo y parto normales, nosotros afirmamos, por las razones desarrolladas a lo largo de este estudio, que la comadrona tiene conocimientos y competencia más específicos que cualquier otro profesional de la salud y debe ocupar una posición jerárquica superior respecto a otros posibles miembros del equipo.

Si estuviésemos ante un parto de riesgo o por cualquier causa patológico, pensamos, por las mismas razones, que el criterio a seguir también es el jerárquico, pero en este caso la dirección debe corresponder a un médico cirujano especialista en ginecología y obstetricia.

El criterio de colegiación no operaría más que residualmente, en ámbitos o entre profesionales de los que no pueda predicarse una mayor o menor especialidad (mayor conocimiento y competencia) de uno respecto a otro u otros.

Actividad concreta a desarrollar y continuidad asistencial

Estos criterios, además, están modulados por “la actividad concreta a desarrollar”. En nuestro caso, la asistencia al embarazo y el parto, la actividad concreta es muy especial y se diferencia de otros procesos de salud por sus características específicas. Siendo obligatorio atenerse a la evidencia científica en toda actuación sanitaria, dicha evidencia nos dice que la profesional de preferencia es la matrona.

Asimismo, la obligación de mantener la continuidad asistencial quebraría si se permitiese a un profesional irrumpir sin ser llamado en un paritorio dictando órdenes a una comadrona que haya estado asistiendo a la usuaria durante horas.

A nuestro entender, la posibilidad de que los médicos ocupen una posición jerárquica superior en la dirección de los partos sólo debe producirse en los de riesgo, en donde existe una verdadera especialidad del ginecólogo respecto de la matrona. En estos casos, la comadrona puede y debe actuar como una cooperadora, auxiliando al médico en lo que resulte preciso. En estos casos, y en aquellos en los que un parto normal se complica y el médico es requerido para que se ocupe de la dirección de la atención, se produce una transferencia de poder y, consecuentemente, la comadrona no debe tener responsabilidad penal, civil o disciplinaria, más allá de la ejecución correcta de las órdenes que reciba.

Límites legales al criterio jerárquico

Incluso cuando en una actuación los profesionales hayan de trabajar con sometimiento a las órdenes que dicte el profesional que ocupa la posición jerárquica superior, la obediencia no puede ser ciega, pues siempre debe respetarse la *lex artis*, las normas deontológicas y el conjunto del ordenamiento jurídico.

Así, dice la LOPS en su Art. 4.5 que “Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, **el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas**, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, **y de los criterios de normo-praxis** o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

Por su parte, el artículo 19 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud establece como obligación de todos los profesionales que trabajan dentro del sistema público la de “Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos”, pero siempre “**en relación con las funciones propias de su nombramiento**”. Esta obligación sólo puede entenderse en el marco del resto de deberes del personal estatutario, de forma que no haya colisión entre unos y otros. Dice así el artículo 19:

“El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:

- a) Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico.*
- b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.*
- c) Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.*
- d) Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.*
- e) Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.*
- f) Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.*
- g) Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.*
- h) Informar debidamente, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias, a los*

usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles.

- i) Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos*
- j) de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos.*
- k) Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.*
- l) Utilizar los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.*
- m) Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente institución, centro o servicio de salud.*
- n) Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.*
- o) Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.*
- p) Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.”*

El artículo 72.2 considera como faltas muy graves tanto “la desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones” como “el incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.”, y exime de la obligación de obedecer instrucciones que “constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.”

En aquellos casos de discrepancia en los que no pueda hablarse propiamente de la “infracción clara, manifiesta y terminante” a que se refiere el artículo 72, pero sí de diferencias en el criterio profesional, el artículo 8 de la LOPS, dedicado al “Ejercicio profesional en las organizaciones sanitarias” prevé que se pueda dejar constancia escrita:

“En el supuesto de que, como consecuencia de la naturaleza jurídica de la relación en virtud de la cual se ejerza una profesión, el profesional hubiere de actuar en un asunto, forzosamente, conforme a criterios profesionales diferentes de los suyos, podrá hacerlo constar así por escrito, con la salvaguarda en todo caso del secreto profesional y sin menoscabo de la eficacia de su actuación y de los principios contenidos en los artículos 4 y 5 de esta ley.”

En conclusión, ningún profesional sanitario debe dictar u obedecer órdenes que vayan en contra de la *lex artis*, lo dispuesto en la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente y el resto del ordenamiento jurídico, y las normas deontológicas.

Normas deontológicas

Las normas deontológicas no son meras desideratas, pues el artículo 4.7 c) de la LOPS las elevó a la categoría de leyes, al establecer que “los profesionales tendrán como guía de su actuación el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas”.

Las obligaciones deontológicas de las comadronas están recogidas en el Código Deontológico de la Enfermería Española, que dice entre otras cosas 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.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, cuyo obligado cumplimiento elevó a rango de ley el artículo 4.5 de la LOPS, se refiere expresamente a la defensa de la autonomía profesional como una obligación deontológica:

Artículo 62

“Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.”

Artículo 63

“Para lograr el mejor servicio a los pacientes, 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.**”

Normas de funcionamiento interno

Hasta aquí hemos visto que en la ley tenemos descritos una serie de derechos y deberes y una serie de principios generales a tener en cuenta en la organización del trabajo en equipo, pero aún así, a falta de directrices prácticas concretas, seguimos preguntándonos ¿Cómo llevamos todo esto a la práctica en cada centro? ¿Cómo conseguimos que cada profesional de lo mejor de sí mismo trabajando en equipo? ¿Dónde y cómo definimos las funciones de cada miembro? Siendo el trabajo en una unidad materno-infantil un trabajo multiprofesional y multidisciplinar ¿Es posible las matronas trabajen conforme a los principios de la profesión y de forma autónoma?

Como decíamos anteriormente, la Exposición de Motivos de la LOPS reconocía que ésta no serviría para delimitar competencias profesionales, encomendando esta labor a una serie de “pactos profesionales” que nunca se produjeron, al menos de forma global:

*“[...] existe la necesidad de resolver, con **pactos interprofesionales** previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias. Por ello, en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta, sino que establece las bases para que se produzcan estos **pactos entre profesionales** y que las praxis cotidianas de los*

*profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucione **de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.***”

Pues bien, aunque esos “pactos interprofesionales” no se hayan producido en una escala global, en cada centro pueden y deben elaborarse “normas de funcionamiento interno escritas que contengan las funciones específicas que corresponden a cada miembro del equipo asistencial” que recogía el artículo 4.7 c) de la LOPS. En la elaboración de esas normas deberán estar representadas todas y cada una de las profesiones que integren los servicios.

Ya tenemos, pues, un instrumento jurídico eficaz para delimitar las competencias de matronas y médicos en los centros sanitarios. En la sanidad pública, además, la existencia de estas normas es exigible, tanto a título colectivo como individual, por constituir un derecho de todo el personal de los servicios de salud:

“17. 1. El personal estatutario de los servicios de salud ostenta los siguientes derechos:

j) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.”

Conviene recordar, antes de llegar al apartado de conclusiones, los efectos beneficiosos que el modelo de atención tradicional de las matronas tiene para la salud de madres y recién nacidos y las ventajas que reporta a los sistemas públicos de salud que expusimos en el capítulo introductorio. Decíamos allí que, para la OMS, la matrona es la profesional más apropiada y económica para ser asignada al cuidado de un embarazo y parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones.

Si, como hemos visto, es propio del trabajo de las comadronas «atender el parto normal» y «reconocer en la madre o en el niño los signos indicadores de anomalías que precisen la intervención de un médico», el hecho de que los ginecólogos dicten órdenes a las comadronas sobre cómo atender los partos normales y supervisen su trabajo, o de cualquier otra forma dirijan la atención que éstas prestan a las mujeres a su cargo no puede considerarse más que una intromisión en las competencias propias de este colectivo profesional.

Si sabemos además que esta dirección por parte de los ginecólogos hace que aumente el número de intervenciones sin mejorar los resultados maternoinfantiles, estamos actuando a la vez en contra de la evidencia científica, el derecho al ejercicio de su profesión “con plena autonomía técnica y científica” que todos los profesionales sanitarios tienen reconocido legalmente, y de principios básicos del ordenamiento jurídico sanitario como el de hacer un uso racional de los recursos y evitar su sobreutilización o utilización inadecuada.

Conclusiones

- La comadrona es una profesional autónoma con competencias propias, bien definidas, estando plenamente capacitadas para atender de forma autónoma los embarazos y partos normales.
- 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 Organización Mundial de la Salud, 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 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 obliga 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.

DERECHOS DE LAS USUARIAS

Además de adecuar su actuación a la *lex artis*, mantenerse dentro de su ámbito competencial y aplicar las normas deontológicas, las comadronas se mueven en los márgenes impuestos por los derechos de las personas a las que cuidan. En particular, el derecho a la información, a consentir o rechazar los tratamientos que se les propongan, a que se respeten su intimidad y dignidad y a que quede constancia escrita de lo ocurrido durante el proceso asistencial.

La mayoría de los profesionales de la salud que trabajan en el área de ginecología y obstetricia ven los derechos de los pacientes como un inconveniente, pues los relacionan con las demandas y tienen multitud de dudas en cuanto a cuáles son exactamente sus derechos y obligaciones. Sin embargo, el conocimiento y observancia de las leyes que rigen las relaciones entre profesionales y usuarios es, además de una obligación para los profesionales, un instrumento que puede mejorar la atención al parto, reducir el número de quejas y demandas y recuperar la verdadera relación terapéutica entre profesionales y usuarios: aquella que se basa en la confianza y respeto mutuos.

En cuanto a las usuarias, conocer y ejercer sus derechos les permitirá aprender sobre su salud, aliviar temores, protegerse frente a resultados adversos y prepararse para

afrontar las situaciones que se vayan encontrando. Ello implica también asumir la responsabilidad propia en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones. En el hospital, la comadrona es la anfitriona de una mujer que ingresa en un mundo en el que las personas y los espacios físicos le son totalmente desconocidos. Por encontrarse en una situación de inferioridad a todo nivel, la comadrona debe guiarla y animarla a ejercer esos derechos que le reconoció la ley. Durante la preparación al parto, también debería la comadrona ilustrar a las mujeres en esta materia.

Derecho a recibir información

El artículo 43 de la Constitución de 1978 reconocía el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”, encomendando a normas con rango de ley el establecimiento de “los derechos y deberes de todos al respecto”. Fue el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad de 1986 (en adelante, la **LGS**) el lugar en donde se plasmó este mandato en relación con el derecho de los pacientes y usuarios a la información.

Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, 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**) amplió y matizó este derecho, en consonancia con lo dispuesto en el **Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina**, del Consejo de Europa, conocido también como “Convenio de Oviedo”, 4 de abril de 1997.

Parte de la Lex artis

Informar al usuario y obtener su consentimiento no es un mero trámite burocrático o requisito administrativo, sino que es considerado por la jurisprudencia como parte de la lex artis. Así, la simple ausencia de consentimiento informado en casos graves es en sí un daño moral indemnizable con absoluta independencia de la actuación sanitaria.

Sobre la obligatoriedad y trascendencia jurídica del deber de información se pronuncia, entre otras, la **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía de Sevilla, Sala de lo Contencioso-administrativo, de 12 Noviembre de 2009**

“La información previa, completa y comprensible se constituye en un requisito (más bien en un presupuesto) fundamental para que el consentimiento a prestar por el paciente referente a su sometimiento al tratamiento médico o quirúrgico aconsejado sea eficaz y válido, aparte de un derecho reconocido legalmente como más abajo se dirá. Faltando esta información, el consentimiento prestado no es jurídicamente relevante mostrando un funcionamiento anormal del servicio público.”

Así pues, la legislación autonómica y estatal precisa que es el personal sanitario quien garantiza el cumplimiento de su derecho a la información, planteándose ahora el problema de quién debe recabar el consentimiento.

¿Quiénes están obligados a informar?

La Ley de Autonomía del Paciente, dice en su artículo 2.6 que **“Todo profesional que interviene** en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

Por su parte, el párrafo 3 del mismo artículo alude a la figura del “médico responsable” como una especie de garante del ejercicio de este derecho:

“El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

Para entender qué significa “médico responsable” debemos recurrir a las definiciones que da la propia ley en su artículo 3:

“A efectos de esta Ley, se entiende por médico responsable al profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante su proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

Así pues, aun cuando se utiliza la palabra “médico”, este artículo no lo hace en su acepción vulgar, refiriéndose a un licenciado en medicina y cirugía, sino al profesional que ocupe la función descrita de coordinar y asistir al paciente o usuario con el carácter de interlocutor principal, siendo en la mayoría de los casos una comadrona quien ocupa este rol en la asistencia al embarazo y parto normales.

Así lo entendió una sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo en un caso de responsabilidad por la prescripción de un fármaco inyectable a un niño. La secuela final resultante consistió en una marcha de puntas con pie derecho y se condenó no solo al pediatra que había prescrito el fármaco, sino también a los enfermeros que le habían puesto las inyecciones. Esta sentencia establecía la corresponsabilidad de todos los agentes: laboratorios, administraciones sanitarias, médicos y otros profesionales sanitarios respecto de la información terapéutica, de acuerdo a la parcela de actividad de cada uno de ellos.

Esta cuestión tiene relevancia práctica en cuestiones como quién debe informar sobre la administración de la analgesia epidural, si la comadrona durante la preparación al parto o el anestesista. Como se deduce claramente del enunciado del artículo 2.6, “Todo profesional que participa en una actividad asistencial” está obligado a informar al paciente o usuario, sin que exista impedimento en la ley, más bien al contrario, para que las comadronas realicen una labor informativa en las clases de preparación al parto sobre cualquier aspecto relativo a los procesos del embarazo y el parto, y ello con independencia de la responsabilidad propia del anestesista.

El rol de “médico responsable” que muchas veces asume la comadrona en la práctica asistencial no se ve reflejado en la inmensa mayoría de modelos de Consentimiento Informado de obstetricia y ginecología. Como ejemplo de ello, citaremos y analizaremos más adelante un “Documento informativo (con valor de consentimiento informado) sobre la asistencia al parto” elaborado por la SEGO.

La episiotomía, como veremos al estudiar la jurisprudencia, es una intervención quirúrgica que requiere el C.I. por escrito de la mujer afectada (salvo casos de emergencia en los que no sea materialmente posible hacerlo así). Al ser una actuación realizada muchas veces por las comadronas y estar comprendida en su ámbito competencial, corresponde a esta profesional velar por el cumplimiento de los deberes de información y petición del consentimiento.

¿Cuándo, cuánto y cómo hay que informar?

El artículo 4 de la Ley de Autonomía del Paciente, titulado «Derecho a la información asistencial», dice que:

*“1. Los pacientes tienen derecho a conocer, **con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.***

*2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, **será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.***

Carga de la prueba

Probar que se prestó información suficiente y que el paciente consintió un procedimiento recae en los asistentes, ya que nadie está obligado a probar un hecho negativo, es decir, que los profesionales no le informaron, lo que desplaza la carga de la prueba.

Derecho a decidir

El derecho a la dignidad y autonomía del paciente encuentra su máximo exponente en la figura del consentimiento informado (en adelante, **C.I.**), que es el derecho de toda persona a consentir o rechazar los tratamientos propuesto después de recibir una información adecuada. El C.I. implica tanto valores sociales como individuales y puede definirse como *“la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los*

procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos¹⁵.

Esto significa que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita su consentimiento libre y voluntario, una vez que, recibida la correspondiente información adecuada, haya valorado las opciones propias del caso. Dicho consentimiento se formalizará por escrito cuando se trate de *“procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”* (art. 8.2 de la Ley de Autonomía del Paciente).

Siendo muchas de las actuaciones que realizan las matronas procedimientos que indudablemente conllevan esos “riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa” tanto para la madre como para el feto, debe pedirse el consentimiento y recabarse por escrito para cada una de ellas.

En los mismos términos, el Código Deontológico de la Enfermería Española recoge como un deber de las enfermeras(os) “respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta” (art. 6), haciendo referencia expresa en el artículo siguiente (art. 7) al consentimiento del paciente y estableciendo que “en el ejercicio libre de la profesión, el consentimiento del paciente ha de ser obtenido, siempre, con carácter previo a cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo hará en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre y válidamente manifestada en la atención que se le preste.”

Así pues, toda actuación en el transcurso del embarazo y el parto (inducción, analgesia, estimulación, rotura prematura de membranas, instrumentación, cesárea...) requerirá, con carácter general, el previo consentimiento de la mujer. El fundamento ético de esta exigencia es el derecho fundamental de toda persona a decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo. El consentimiento, que debe obtenerse después de que la usuaria reciba una información adecuada, se hará por escrito cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, la aplicación de procedimientos que pudieran suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre su salud. La usuaria puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

La mujer que va a dar a luz puede encontrarse en una situación de gran vulnerabilidad física y psíquica y tener dificultades para expresar sus deseos y necesidades. Por ello, los profesionales deben hacer un mayor esfuerzo para facilitar la expresión de estas necesidades y asegurarse de que el consentimiento se presta con las garantías suficientes en cuanto a información y libertad de elección.

Como cualquier otro usuario, la parturienta tiene derecho a negarse al tratamiento o intervención que se lo propone (“Rechazo informado”). Su negativa se hará constar por escrito.

¹⁵ Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos de 1984, modificado por P. Simón.

Derecho a elegir

Dice la ley que las usuarias tienen derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, **entre las opciones clínicas disponibles**. La capacidad de elegir sólo está limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis, debiendo tenerse en cuenta que el hecho de no aceptar el tratamiento propuesto por los asistentes no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, tal y como preceptúa el artículo 21 de la Ley de Autonomía del Paciente:

“[...] el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.”

La capacidad de elección de una persona, sin embargo, puede verse entorpecida por un modo paternalista de entender la medicina y la relación con los usuarios.

El Paternalismo

El Juramento Hipocrático decía algo así como “Juro ayudar al enfermo según mi capacidad y [mi] recto entender [...]”. Según este modelo, la única consideración a tener en cuenta en la toma de decisiones son las indicaciones y contraindicaciones médicas. En la relación médico-paciente el médico tendría una serie de deberes para con el paciente, entre los que no se incluyen consultarle o tener en cuenta su opinión (todo para el paciente pero sin el paciente). Es una forma unilateral de responsabilidad y decisión. Presupone que el profesional no hace valoraciones, que existen indicaciones terapéuticas únicas e indiscutibles y un código moral único en donde el bien, la moral y el valor son universales.

Testimonio:

“Eran amables conmigo, el médico utilizaba el diminutivo de mi nombre para llamarme y todo lo acababa en “ito”. Las enfermeras no se presentaron ni me preguntaron mi nombre, pero me llamaban “cariño” y “cielo”. Cuando yo preguntaba por alguna intervención o por el progreso del parto el médico me decía “tranquila, yo sé lo que hago”, y no me respondía. Me infantilizaron, me empequeñecieron. Me sentí como una disminuida psíquica y no como una mujer de 36 años, hecha y derecha”.

La bioética ha consagrado el principio de autonomía, consistente en reconocer que todo ser humano es libre para decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo, y nadie tiene derecho a decidir por él. Solo la propia persona está autorizada a decidir qué es lo mejor para sí. El usuario es un sujeto, no un objeto. Esto significa que los profesionales de la salud han de respetar la personalidad y opiniones de los usuarios, absteniéndose de juzgarles u obstruir sus elecciones, aunque el médico o la enfermera piensen que está equivocado.

Actualmente, en España, todas las leyes que rigen las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios rechazan el modelo paternalista y consagran un modelo autonomista de toma de decisiones. Así, por ejemplo, la Ley de Autonomía del Paciente establece que todo profesional que interviene en la actividad asistencial “está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al respeto de las decisiones

adoptadas libre y voluntariamente por los usuarios”. Han de evitarse, por tanto, los juicios morales. Aunque destinado a los médicos, es perfectamente aplicable a cualquier profesional de la salud este artículo del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial:

Art. 8.1

“En el ejercicio de su profesión el médico respetará las decisiones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”

Por su parte, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud dice que los profesionales que trabajan en el sistema público de salud deben:

“Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables [...]. (Art. 19.i)”

Derecho del profesional a que quede constancia escrita del rechazo

El artículo 21 de la Ley de Autonomía del Paciente decía que la circunstancia de no aceptar el tratamiento propuesto debía quedar debidamente documentada, refiriéndose al derecho del profesional a que el usuario o usuaria firmen la renuncia por escrito.

Es decir, que la futura madre podrá elegir libremente la postura que desee para parir, que la monitorización sea continua o intermitente, deambular o permanecer tumbada, recibir analgesia epidural u otro método de alivio del dolor... Por su parte, el profesional tiene derecho, si cree que alguna de las decisiones de la usuaria no es adecuada al caso, a que quede constancia escrita de que le hizo una determinada propuesta y ella la rechazó u optó por otra. Esto es lógico y justo para ambas partes, y opinamos que el proceso de pedir la firma de la usuaria debería producirse sin acritud, pues responsabilizarse de las propias decisiones es consustancial a ser adulto y no debería haber problemas a la hora de manifestarlo y recabarlo por escrito.

Protección de la intimidad

El derecho a la protección de la intimidad se considera un valor máximo de todas las leyes que rigen las relaciones entre profesionales y usuarios y se refiere tanto a la intimidad física como a la intimidad moral¹⁶. La intromisión en la intimidad física de los usuarios debe ser la mínima imprescindible para prestar la asistencia. En cuanto a la intimidad moral, tiene especial importancia el respeto al carácter confidencial de la información y

¹⁶ Art. 10.1 LGS: “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.”

datos referentes a la salud de una persona. Nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

Hay que tener en cuenta que el parto es un acontecimiento de la vida sexual y que las intervenciones practicadas a una mujer durante el parto tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales, por lo que su intimidad está aún más expuesta que en otros ámbitos asistenciales.

Existe además una dimensión familiar de la intimidad que también merece especial protección y que está recogida en el artículo 18 de la Constitución. No hay que olvidar que el parto es también el nacimiento de un ser humano, una persona, que pertenece a una familia.

Dignidad

Podríamos definir la dignidad como el derecho de toda persona a ser considerado sujeto de derechos y a no ser utilizado como un objeto para los fines de otros, por muy loables que sean esos fines. Así, el artículo 2 del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, (Convenio de Oviedo), de 4 de abril de 1997 establece la primacía del ser humano frente al interés social o científico en estos términos:

“El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia”.

En relación a la presencia de residentes de matrona y ginecología en los partos y prácticas como los tactos y fórceps “didácticos”, o cualquier otra intervención en el parto cuya finalidad no sea terapéutica sino formativa, la Ley General de Sanidad dice en su artículo 10.4 que todos tienen derecho:

“A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.”

Procedimientos como los mencionados anteriormente nunca deberían realizarse si no es bajo una verdadera indicación médica, orientada a solucionar un problema actual en el desarrollo del parto, por personal adscrito directamente al cuidado de la madre y el bebé, previo consentimiento de ésta, una vez cumplidos los requisitos de información que establece la Ley de Autonomía del Paciente y evitando la presencia de personas ajenas al cuidado de la usuaria o no autorizadas por ella y procurando respetar al máximo su intimidad personal y familiar. El hecho de que un hospital o centro sanitario sea universitario o se realice habitualmente una actividad docente no supone una excepción a las medidas de protección de la dignidad y derechos de los usuarios respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina previstas en la Ley General de Sanidad, Ley de

Salud Pública, Ley de Autonomía del Paciente, Convenio de Oviedo y resto del ordenamiento jurídico.

Derecho a identificar a los asistentes

Los profesionales y los responsables de los centros sanitarios facilitarán a las usuarias el ejercicio del derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que las atienden (Art. 5.1e de la LOPS).

Así mismo, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud establece en el artículo 19 ñ) que el personal de los servicios de salud deberá poder ser identificado por su nombre y categoría profesional ante los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a los protocolos, son una guía de actuación para los profesionales que, cuando se corresponden con la evidencia científica y han sido respaldados por las organizaciones y sociedades científicas, amparan a los profesionales a la hora de justificar sus actuaciones ante posibles reclamaciones. Sin embargo, si el médico o la comadrona entienden, por su experiencia u otras razones fundadas, que el resultado buscado exige otra terapia, podrán apartarse de él justificando su razonamiento en la Historia Clínica.

En cualquier caso, el hecho de que determinadas intervenciones o procedimientos estén recogidos en un protocolo no perjudicará en ningún caso el derecho de los usuarios a aceptarlos, rechazarlos u optar por tratamientos alternativos.

HOJAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PLANES DE PARTO

La Ley de Autonomía del Paciente define el consentimiento informado como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.”*

Las llamadas “Hojas de consentimiento informado” son formularios elaborados por cada centro o profesional para facilitar el ejercicio del derecho a conocer y decidir. El soporte del consentimiento (la hoja firmada) no debería confundirse con el consentimiento en sí, ni reemplazar el diálogo personal, sincero y abierto que constituye la base de la verdadera relación terapéutica, una relación en la que la mujer puede hacer todas las preguntas que necesite para poder tomar decisiones informadas.

El llamado Plan de Parto es, al igual que la hoja de consentimiento informado, un soporte documental para recoger la voluntad de la usuaria. Mediante este documento la futura madre dice sí, no o tal vez a las intervenciones más habituales en el parto. Procedente del mundo anglosajón, con larga tradición en la protección de los derechos individuales, esta fórmula permite a la embarazada tomarse todo el tiempo que necesite y

consultar distintas fuentes para poder formarse una opinión y expresar sus preferencias. Suelen enviarse a los hospitales en forma de carta.

Legalmente, **no hay ningún formulismo especial respecto a cómo deban manifestar su voluntad los usuarios**, más allá de que conste por escrito en algunos casos, por lo que debemos entender que cualquier medio de comunicación y expresión admisible en Derecho es válido. Lo importante es que las decisiones libres e informadas de las usuarias han de respetarse independientemente de la forma y título que le demos, sea éste el de “Hoja de Consentimiento Informado” o “Plan de Parto”. Y por supuesto el consentimiento o el rechazo informados pueden manifestarse de forma verbal. Como veíamos antes, la Ley de Autonomía del Paciente dice que:

*“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al **respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.**” (Art. 2.6)*

¿Cuándo hay que pedir el consentimiento?

El consentimiento ha de pedirse ante **una situación que precise una intervención**. La práctica seguida por algunos hospitales de dar a firmar a las futuras madres durante los últimos meses del embarazo hojas de C.I. a fin de que firmen por anticipado su aceptación en bloque a todas y cada una de las intervenciones y procedimientos que ofrece la obstetricia moderna, incluyendo operaciones como la cesárea o la histerectomía, y con la insinuación implícita de que, si no entregan la hoja firmada, no serán atendidas en el centro, es inaceptable.

Se trata de una práctica propia de la medicina defensiva que pervierte la verdadera finalidad de la figura legal del consentimiento informado: que los usuarios decidan libremente qué hacer ante la necesidad de llevar a cabo una intervención en el ámbito de su salud. En su lugar, esta práctica (mala práctica podríamos decir, tanto desde el punto de vista sanitario como social) busca eximir a los profesionales de los deberes de información y respeto a las decisiones libremente adoptadas por los usuarios derivadas de la Ley de Autonomía del Paciente. El derecho-obligación de los profesionales sanitarios de pedir el consentimiento a los usuarios ha de entenderse a la luz de la legislación que protege sus derechos, recordando que la ley no ampara el abuso de un derecho ni el ejercicio antisocial del mismo.

En este sentido, la **sentencia de 20 Oct. de 2009 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, rec. 151/2006**, negó validez a un documento de este tipo elaborado de forma estandarizada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). La reclamación tenía por motivo la asistencia que le fue prestada a la demandante con ocasión del parto de su segundo hijo y las posteriores complicaciones de la episiotomía que se le realizó. La sentencia dice así:

“La demandante alega que el 12 de agosto de 2004 dio a luz a su segundo hijo en el Hospital Universitario Santa Cristina, donde fue asistida por la comadrona y se le realizó una episiotomía. Tras el parto comenzó a sentir dolor en la zona, por lo que acudió repetidas veces al hospital, a su centro de salud y al ginecólogo,

[...] Ninguna alusión se hace a la posible práctica de la episiotomía ni, por supuesto, a los eventuales riesgos que conlleva [...] La necesidad de consentimiento informado está establecida en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Implica el derecho de los pacientes a conocer “con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma”, información que “comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.”

*[...] Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente [modelo estandarizado de CI propuesto por la SEGO] **no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia** [...]. Concurren, así pues, los requisitos necesarios para que surja la **responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento informado**. [...] en consecuencia, condenamos a la Administración demandada a que indemnice a la recurrente en la cantidad de SEIS MIL EUROS (6.000,-).”*

En conclusión, si un documento que lleva por título “Plan de parto” cumple los requisitos que dicta la ley para tener validez como consentimiento informado, desplegará todos sus efectos como tal, mientras que otro que se titule “Hoja de Consentimiento Informado” pero no permita a las futuras madres manifestar su voluntad con los requisitos de libertad, información y capacidad, no puede considerarse como un documento de consentimiento informado válido, por mucho que los autores del formulario lo titulen así. Igual que “los contratos son lo que son y no lo que las partes dicen que son”, así también las manifestaciones de voluntad son lo que son, independientemente del título que una de las partes le ponga al documento que las soporta.

LA MEDICINA DEFENSIVA

Ginecología y Obstetricia es una de las especialidades en la que más quejas y demandas se presentan. El miedo a las demandas hace que muchos profesionales sometan a las embarazadas y parturientas a pruebas e intervenciones que no necesitan para intentar “defenderse” en caso de tener que comparecer ante un juez. También hay resistencia a facilitar el acceso de los usuarios a la información asistencial. Sin embargo, el aumento del número de cesáreas y la medicalización de los partos no han servido para disminuir las demandas. Más bien al contrario, han hecho que su número no pare de crecer. Una razón es que, en realidad, el intervencionismo, la desconfianza y el escamoteo de información favorecen por un lado la ocurrencia de resultados adversos y por otro crean enemistad

entre profesionales y usuarios, lo que a su vez produce la presentación de más demandas. Cuando los padres han sido debidamente informados, han podido tomar decisiones y se ha establecido con los asistentes una relación de confianza y respeto mutuo son menos proclives a presentar demandas ante un resultado desafortunado que cuando las decisiones las tomaron exclusivamente otros en los que ellos habían depositado toda su confianza y por quienes se sienten traicionados.

Respecto a los usuarios, todos debemos hacernos responsables de nuestra propia salud. Para que ello necesitamos información veraz y poder de decisión.

DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO

Existe un marco jurídico internacional que protege especialmente al niño hospitalizado en el que cabe destacar la **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño**, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y la **Declaración de los Derechos de los Niños**, también de Naciones Unidas, de 1959. En el ámbito europeo podemos señalar la **Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados** aprobada por el Parlamento Europeo el 16 de junio de 1986.

En nuestro ordenamiento jurídico, las declaraciones internacionales tienen plena efectividad jurídica, ya que el artículo 39 de la Constitución Española afirma que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos». Así mismo, la **Ley de Protección Jurídica del Menor, de 15 de enero de 1996** consagró la supremacía del interés del menor como principio rector de la actuación de los poderes públicos frente a cualquier otro interés. En cuanto a la legislación autonómica, cabe destacar por su sensibilidad y especial protección a los recién nacidos el **Decreto 246/2005 de 8 de Noviembre de la Junta de Andalucía**.

El término “menor” se refiere a todas las personas con menos de 18 años, pero ello no debe encubrir las necesidades especiales de cada grupo de edad. Así, la Carta Europea de Derechos del Niño Hospitalizado establece que el niño tiene derecho a recibir cuidados prodigados por un personal cualificado que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo. En el caso de los recién nacidos, esas necesidades especiales son el contacto físico permanente con la madre y la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los recién nacidos, sean prematuros o no, permanezcan en contacto piel con piel (método madre canguro) con sus madres. Las restricciones al contacto físico entre la familia y los bebés ingresados en unidades de cuidados neonatales les provocan sufrimiento y pueden influir negativamente en su evolución clínica. En situaciones de separación la lactancia materna se ve perjudicada y las madres pueden tener sentimientos de culpabilidad e ineptitud que las hagan más propensas a sufrir trastornos como depresión y síndrome de estrés postraumático postparto.

La Carta Europea de los Derechos de las Niñas y Niños Hospitalizados recoge expresamente el derecho del niño «a estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya, el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria». El derecho de acompañamiento familiar no tiene más límites que la situación clínica del neonato. Siempre que la permanencia de los padres obstaculice la labor asistencial del personal sanitario, desde el servicio asistencial se tomarán las medidas necesarias para evitar el perjuicio, ya que el acompañamiento ha de considerarse una necesidad básica a la que deben adaptarse los centros y la organización sanitaria. El interés del recién nacido, como veíamos antes en referencia a la Ley de Protección Jurídica del Menor, debe primar frente a cualquier otra consideración de tipo administrativo o asistencial.

En cuanto a la toma de decisiones clínicas, los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos recién nacidos. Por lo tanto, habrá que pedir el consentimiento de éstos antes de proceder a cualquier intervención. Si los padres se negasen a consentir un tratamiento imprescindible para mantener la vida o salud del recién nacido, y las consecuencias de la no intervención fueran graves, inmediatas e irreversibles, los responsables de su cuidado podrán dirigirse al juez para que éste autorice la intervención.

ESPECIAL REFERENCIA A LAS ILLES BALEARS

En el ámbito geográfico de la Comunidad Balear, la Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears amplió los derechos de las madres, niños y familias en relación con la atención al parto respecto al resto de CCAA, afinando lo dispuesto en la legislación básica estatal al incorporar en su capítulo tercero una sección entera, la primera, dedicada específicamente a los “Derechos en relación con el nacimiento”:

Artículo 7. Derechos de la madre.

La mujer, durante la gestación, el parto y el puerperio tiene derecho a:

- a. Obtener información continuada, completa y adecuada sobre la evolución del embarazo, parto y postparto y estado de su hijo, expresada en términos comprensibles.
- b. Recibir una atención prenatal adecuada y una educación maternal efectuada por un profesional capacitado y estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, excepto causa suficientemente justificada.
- c. Ser informada adecuadamente de las diferentes opciones de parto, ya sea natural, con anestesia, mediante cesárea o cualquier otra modalidad, con las ventajas y los inconvenientes de cada opción; ser la protagonista de la decisión del tipo y de la modalidad del parto que desea con el asesoramiento de los profesionales sanitarios; decidir sobre las intervenciones no estrictamente necesarias desde un punto de vista clínico, excepto en los casos en los que la urgencia de la situación lo impida.
- d. Escoger durante el parto y el postparto un único profesional referente de su caso, cuando sean más de uno los profesionales que la atienden.

- e. Tener al recién nacido a su lado desde el momento del nacimiento y durante toda su estancia hospitalaria, siempre que la salud de ambos lo permita; obtener copia del informe de alta con todos los datos del parto y el resumen del estado neonatal.
- f. Obtener de la organización del hospital los recursos necesarios para facilitar la lactancia materna, de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias; obtener información sobre otro tipo de alimentación cuando la lactancia materna no sea posible o bien no sea la opción elegida.
- g. Atención domiciliaria durante y después del parto, en su caso.
- h. Que se respeten las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud a todas las mujeres que así lo soliciten.

Artículo 8. Derechos del recién nacido.

A los recién nacidos se les reconocen los siguientes derechos:

- a. A recibir un tratamiento respetuoso y digno, así como a ser identificado inmediatamente mediante las medidas que se consideren adecuadas.
- b. A tener un único referente médico, a ser explorado después del nacimiento por un médico especialista en pediatría y a que se le realicen las pruebas de detección neonatal; si su estado de salud así lo requiere, a ser atendido por personal cualificado con los medios técnicos adecuados y a que se le facilite la estimulación precoz en caso de tener alguna minusvalía.
- c. A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea la investigación, excepto con el consentimiento expreso y por escrito de sus padres o, en su caso, de los representantes legales.

Artículo 9. Derechos comunes de las madres y los padres.

Los padres y las madres de los recién nacidos, en relación con la asistencia sanitaria regulada en esta Ley, tienen derecho a:

- a. Recibir la información comprensible, suficiente y continuada sobre el proceso o la evolución de su hijo o su hija, incluido el diagnóstico, el pronóstico y las opciones del tratamiento, así como también sobre las curas eventuales que reciba el niño o la niña.
- b. Tener acceso continuado a su hijo, si la situación clínica lo permite, así como participar en la atención y en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria que ha de recibir.
- c. Recibir el informe de alta y la información y el asesoramiento necesarios para el seguimiento del proceso tanto del hijo como de la madre, para su integración en la red sanitaria y para la obtención de los recursos sociales de apoyo, si fuese necesario.

DEPENDENCIA ORGÁNICA

Una vez estudiados el marco competencial de la profesión de matrona, sus ámbitos de autonomía y los límites impuestos por la *lex artis*, las relaciones interprofesionales y los derechos de los usuarios, debemos entrar a analizar la estructura de la organización en la que se integran las comadronas dentro del sistema público. Para ello debemos acudir en

primer lugar a la LOPS, que establece en su artículo 10 las bases que han de tenerse cuenta:

“1. Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerá los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales.

Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación.

2. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes.”

En el “**Documento de Estándares y Recomendaciones para la maternidad hospitalaria**”, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, se recomienda que en la unidad de Maternidad Hospitalaria (en adelante, **MH**) exista un(a) responsable médico y un(a) responsable de matronas. Con ello se hace eco de lo previsto en el Documento de consenso del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, el Royal College of Midwives, el Royal College of Anaesthetists y el Royal College of Paediatrics and Child Health, cuando se recomienda que la MH esté integrada por el siguiente personal con las consiguientes funciones:

- **Responsable de la MH.** Deberá existir un(a) especialista en obstetricia y ginecología responsable de la MH. Asimismo, habrá un(a) especialista en obstetricia y ginecología disponible las 24 horas del día. El nombre de la persona responsable de la MH y del profesional o profesionales a cargo las 24 horas del día debe contemplarse en las normas de funcionamiento de la MH.
- **Responsable de Matrones(as).** Función a realizar por un(a) diplomado(a) universitario/a en enfermería con especialidad de matrona.
- **Matrón(a).** Diplomado(a) universitario/a en enfermería con la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), que desempeñará en la unidad las actividades relacionadas con el cuidado especializado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La experiencia de los matrones(as) descansa en la asistencia al parto normal y sus habilidades diagnósticas para identificar desviaciones de lo normal y referir estos casos. Cuando es precisa la implicación de un(a) obstetra u otro miembro del equipo multidisciplinario, el matrón(a) continúa siendo responsable de proveer apoyo global, maximizar la continuidad de los cuidados y promover —en la medida de lo posible— el embarazo y parto como un proceso fisiológico normal.

Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un(a) matró(a) que pueda dedicar el 100% de su tiempo a cada mujer con parto establecido.

- **Obstetras.** El papel en la MH de los médicos(as) especialistas en ginecología y obstetricia es asegurar un elevado estándar de asistencia para las mujeres y sus RN con necesidades obstétricas o médicas complejas y estar disponibles para las urgencias agudas, graves, frecuentemente impredecibles y con riesgo vital. Hay alguna evidencia vinculando la ausencia de especialistas en obstetricia en la MH — por ejemplo durante la noche— con resultados menos favorables. En el caso de urgencias, previsión de partos difíciles, incluyendo cesáreas o cuando la situación clínica sea motivo de preocupación, debe ser consultado el médico/a especialista en obstetricia y presentarse en la MH cuando se le requiera. **Se garantizará la existencia de obstetra de guardia en la sala de partos de presencia física o localizada.**
- **Anestesiólogo(a).** Facultativo especialista en anestesia y reanimación, encargado de los procedimientos de analgesia farmacológica en el parto y de la anestesia de las mujeres sometidas a intervenciones quirúrgicas obstétricas. Los anestesiólogos(as) están implicados, de una forma u otra, en la atención de alrededor el 50% o un porcentaje todavía mayor (dependiendo de la práctica clínica del centro) de las mujeres que ingresan en la MH. El papel del anestesiólogo(a) se extiende al período postoperatorio temprano en el alivio del dolor y detección de complicaciones. Todas las mujeres que requieren anestesia deben realizar una consulta preanestésica.
- **Pediatra/Neonatólogo(a).** Facultativo especialista en pediatría, encargado de la atención y recuperación del RN. La estabilización del RN requiere el concurso coordinado de matrones(as), médicos(as) y enfermeros(as). Los papeles precisos de cada miembro del equipo varían en función de las circunstancias locales del centro, pero siempre que sea posible la madre y su hijo(a) deben permanecer juntos.

Se tenderá a garantizar la existencia de un(a) pediatra-neonatólogo(a) entrenado en reanimación neonatal disponible de presencia física o localizada, responsable de la asistencia, estabilización y/o traslado del RN en caso de necesidad.

- **Enfermería.** (cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de las pacientes: en quirófano, hospitalización, etc.). Diplomado(a) universitario(a) en enfermería, con formación y experiencia en la atención maternoperinatal.
- **Auxiliares de enfermería.** Técnico(a) medio en cuidados auxiliares de enfermería, con formación y experiencia en la atención maternoperinatal.
- **Secretaría.** (auxiliar administrativo(a).Técnico(a) medio no sanitario(a).
- **Personal subalterno.** Celador(a).

El organigrama expuesto delimita, en función de la titulación y competencias, las parcelas de actuación de cada profesional que interviene, otorgando un peso especial a la matrona, que figura como el eje principal sobre el que se articulan todos los demás, siendo el profesional al que se exige una presencia constante en el proceso, así como una

disponibilidad del 100%, mientras que el resto intervendrán o no en función de la valoración y diagnóstico que ella haga.

De ajustarse la organización al modelo expuesto, nos encontramos con que la matrona no tiene que rendir cuentas a un superior de distinta titulación como ocurre actualmente en el que todos los cargos directivos o de gestión son ocupados por personal médico o por personal de enfermería no especializado, sino a un(a) persona responsable de matronas, lo que implica una mayor representación y autonomía del colectivo dentro de la organización sanitaria, redundando en una mejor calidad asistencial de la mujer embarazada pues nadie mejor que el profesional que la asiste en el 100% de los casos para saber qué aspectos deben ser mejorados.

Organización de los hospitales de Servicio de Salud de Baleares Ib-Salut

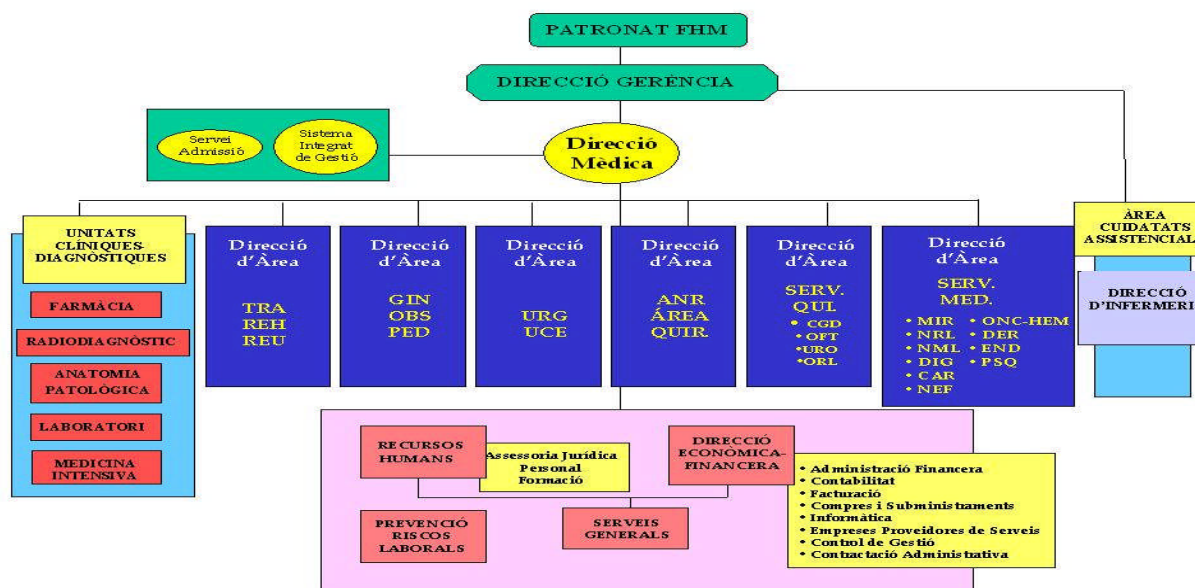
Si nos fijamos en el organigrama de los hospitales pertenecientes al Servicio de Salud de Baleares Ib-Salut, en los que se presta el servicio de atención al parto, nos encontramos con que por un lado existe una Dirección General de Enfermería y, por otro, unidades especializadas en ginecología y obstetricia en las que la representación de las matronas es prácticamente nula.

Así por ejemplo, en el **Hospital Son Llátzer** existe una Dirección de Enfermería compuesta de una Directora, una Subdirectora y 24 supervisoras(es), de las que solo una es diplomada universitaria en enfermería y especialista en obstetricia y ginecología.

Diferenciada de la Dirección de Enfermería está el Área Materno-Infantil formada por tres unidades: de Salud de la mujer, de Salud Reproductiva y de Pediatría. De las tres unidades sólo en la de Salud Reproductiva figura una matrona, concretamente, el Servicio de Obstetricia y Salud Reproductiva, formado por 15 profesionales sanitarios, de los que 13 son médicos, 1 es matrona y 1 enfermera.

La organización del **Hospital Comarcal de Inca** tiene por un lado Jefaturas Facultativas y, por otro, Supervisión de Enfermería en la que se distingue supervisor materno-infantil y supervisor de paritorio.

Por el contrario, en el **Hospital de Manacor** la Dirección de Enfermería se contempla como una unidad separada de las Direcciones de Área Médicas, como podemos observar en el siguiente esquema:



Y queda integrada por las siguientes áreas de cuidado:

- Cuidados de enfermería en hospitalización de adultos.
- **Cuidados de enfermería materno-infantil.**
- Cuidados de enfermería en hospital de día.
- Cuidados de enfermería en unidad de corta estancia.
- Cuidados de enfermería en el área quirúrgica.
- Cuidados de enfermería en el área de urgencias.
- Cuidados de enfermería en consultas externas.
- Cuidados de enfermería en radiología.
- Cuidados de enfermería en diálisis.
- Cuidados de enfermería en rehabilitación.

De forma distinta se organiza el **Hospital Son Dureta**, con unos cargos directivos dentro de los cuales nos encontramos con una Dirección de Enfermería y tres Subdirecciones de Enfermería: del Área de servicios centrales y ambulatoria, del Área de servicios médicos y del Área de servicios quirúrgicos. Separados de los cargos directivos están los responsables de la cartera de servicios, entre los que figura un Jefe de Servicio en Ginecología y Obstetricia.

Los organigramas de los hospitales aludidos son muestra evidente de que no existe una organización interna común, encontrándonos con órganos directivos, áreas de cuidado, área materno-infantil, jefes de servicio, supervisores, etc., según cuál sea el

hospital en el que nos encontremos, pero sí en cambio en cuanto a que la representación de las comadronas en los diferentes escalafones de la organización sanitaria, en lo que su ámbito actuación se refiere, es muy reducida.

LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR LAS MATRONAS

La Prescripción Enfermera es definida por Bulecheck; McCloskey (1992) como “**cualquier cuidado directo que la enfermera realiza en beneficio del cliente**”.

Ese cuidado directo incluye:

1. Los tratamientos iniciados por la enfermera
2. Los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico; y
3. La realización de actividades diarias esenciales para el cliente.

De acuerdo con la definición que recoge el “Marco Referencial para la prescripción enfermera del Consejo General de Enfermería”, podemos entender por **Prescripción Enfermera**:

“La capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de “seleccionar, guiados por el criterio profesional, diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”.

Tenemos conocimiento de que tanto en países desarrollados como en subdesarrollados se lleva a cabo la prescripción de la enfermería, como por ejemplo en EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Sudáfrica¹⁷. En EEUU hace más de 30 años que se lleva a cabo la prescripción enfermera. Las interesadas deben cursar estudios de postgrado y posteriormente especializarse en una o varias especialidades. La causa principal de esta medida es la escasez de personal facultativo, así como el alto coste de su formación. De otro lado, son varios los países europeos en los que se está llevando a la práctica la prescripción enfermera desde hace tiempo. Entre otros, se da en Holanda, Francia, Dinamarca, Noruega, Irlanda, Suecia y Reino Unido¹⁸.

En Europa el país pionero en la implantación de este sistema fue Suecia, en 1988, aunque no se llegara a practicar a nivel nacional hasta 1994. Posteriormente, el Reino Unido, en 1994, legisló a favor de la implantación de un programa piloto de prescripción enfermera tras la recomendación del Royal College of Nursing en 1980. Fue en 1998, tras los buenos resultados obtenidos, cuando se acordó la extensión de la facultad prescriptora

¹⁷ Colegi Oficial d’infermeria de Barcelona. Propuesta de regularización de la prescripción enfermera. Enero 2006.

¹⁸ Ver nota nº 12.

de la enfermería en todo el país. En Francia, si bien la enfermería responsable de cuidados generales no cuenta con potestad para prescribir medicación, si cuentan con ellas las matronas. En Holanda la enfermería está habilitada para prescribir todo aquello que sea necesario en caso de urgencia.

En lo que a España se refiere, hasta hace bien poco la prescripción enfermera no estaba permitida, siendo **una función exclusiva de los médicos y odontólogos**, como establecía el artículo 77 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios:

“1. La receta médica pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos.”

A la vista del artículo transcrito, las enfermeras no podían prescribir ni siquiera un fármaco común que el propio paciente podría comprar en la farmacia sin receta médica.

Esta restricción legal no se corresponde con una realidad en la que las enfermeras asumen funciones que no les corresponden, con la finalidad de evitar la inoperancia del sistema sanitario. Muestra de ello son los datos de la encuesta sobre la prescripción enfermera en España recogida en el Marco Referencial para la Prescripción Enfermera del Consejo General de Enfermería:

“Contestaron el cuestionario 14 Colegios Provinciales (Asturias, Ávila, Baleares, Cádiz, Ciudad Real, Córdoba, Guipúzcoa, Huesca, León, Málaga, Murcia, Palencia, Tarragona y Zaragoza), lo que representa el 29% de los Colegios a los que se remitió la encuesta.

El 75% de las respuestas obtenidas informan que en sus respectivas provincias las enfermeras prescriben, y el 25 % restante dicen que en sus provincias las enfermeras no prescriben.

Por modalidad de prescripción, según las respuestas de los Colegios que dicen que se prescribe, las enfermeras lo hacen con la siguiente distribución:

33 % hacen prescripción independiente

88 % hacen prescripción dependiente y/o colaborativa

44 % hace prescripción mediante Protocolos de Grupo.

Las áreas de la práctica profesional donde se prescribe mayoritariamente son crónicos y urgencias, seguidos de Matronas y Salud Mental.

De las nueve provincias donde se prescribe en el 80 % de los casos se realiza prescripción por parte de enfermeras especialistas (Matronas y Salud Mental).”

Este escenario no podía mantenerse teniendo en cuenta la situación en el resto de países europeos, siendo precisa una unificación de criterios que se hizo llegar a través de

la antes mencionada Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales y su correspondiente transposición al ordenamiento jurídico español a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, con el que se facilita la libre circulación de profesionales sanitarios en el ámbito de la Unión Europea, por la que se trata de aunar criterios en cuanto a su formación y actuación dentro de la cual se ve reflejada implícitamente la prescripción enfermera, cuando en su artículo 55 enumera dentro de las actividades que competen a las matronas las siguientes:

- a) *Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; realizar los exámenes necesarios para la supervisión del desarrollo de los embarazos normales.*
- b) *Prescribir o asesorar sobre los exámenes necesarios para el diagnóstico precoz de los embarazos de alto riesgo.*
- c) *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.*
- d) *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.*
- e) *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.*
- f) *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.*

En el caso de las actividades enumeradas, vemos una vinculación directa con la prescripción de la enfermería que de manera más clara se proyecta en el **Programa Formativo de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)** que aprueba y publica la **Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo**, indicando en su apartado 7 que para la adquisición de las competencias profesionales citadas en el apartado 3, la matrona en formación deberá desarrollar a lo largo de su período formativo las competencias específicas que se vinculan a cada una de aquellas, a cuyos efectos se han determinado los distintos criterios que posibilitan su adquisición.

Atendiendo a lo expuesto, a título de ejemplo y centrándonos en la competencia recogida en el punto c) del apartado 3 antedicho que consiste en “Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados” se distinguen, como competencias específicas, las de “Asistir a la mujer en el proceso del parto y reconocer y prestar cuidados al recién nacido y en caso de necesidad realizar la reanimación inmediata.”

A su vez, por cada competencia específica, dentro de la competencia profesional que podemos tildar de genérica, se establecen unos criterios de realización siendo aquí donde se indica que para poder realizar las competencias mentadas las matronas deben:

- Manejar y utilizar diferentes técnicas farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.
- Manejar y/o autorizar el uso de fármacos y productos sanitarios utilizados durante el parto, de acuerdo a la legislación vigente.
- 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.

Los mismos criterios se engloban en las competencias profesionales previstas en los puntos d), f), i) y k) del apartado 3, de lo que se desprende la importancia de la prescripción de medicamentos en el desarrollo profesional de las matronas.

No obstante, estos criterios especifican que debe realizarse conforme a la legislación vigente y como se ha indicado con anterioridad, la Ley 29/2006, no permite a las matronas prescribir.

Consecuencia de la normativa referida, en la que se reconoce la importancia del colectivo de enfermeras dentro de los equipos profesionales sanitarios, sin el cual el sistema sanitario se hubiera visto totalmente desbordado por unos procedimientos obsoletos y poco operativos en determinados casos, se aprueba para este caso concreto la **Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios**, en cuyo preámbulo pone de manifiesto que:

“La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, en el artículo 7.2.d) determina que los podólogos están facultados para «el diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina». Asimismo, en su artículo 7.2.a) establece que corresponde a los enfermeros «la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Por otra parte, en los equipos de profesionales sanitarios los enfermeros desarrollan una labor esencial como elemento de cohesión de las prestaciones de cuidados a los usuarios de los servicios sanitarios, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. El ejercicio de la práctica enfermera, en sus distintas modalidades de cuidados generales o especializados, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios.

Por todo ello, nos parece conveniente **modificar la citada ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para contemplar la participación en la prescripción de determinados medicamentos de otros profesionales sanitarios como son los enfermeros y podólogos**, desde el reconocimiento del interés para el sistema sanitario de su participación en programas de seguimiento de determinados tratamientos, cuestión esta perfectamente asumida en la práctica diaria de nuestro sistema sanitario, y teniendo como objetivo fundamental la

seguridad y el beneficio de los pacientes. Asimismo, la presente ley contempla la extensión de su participación a la prescripción de productos sanitarios.

La modificación fundamental de la citada Ley es la siguiente:

“Dos. Se modifica el apartado 1 del artículo 77, que tendrá la siguiente redacción:

1. La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación.

*El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, **mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial**, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.*

El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales, referidas anteriormente, acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo.»

De acuerdo con la modificación operada por la Ley 28/2009, la matrona puede prescribir medicamentos pero ello no entraña que pueda llevar a cabo cualquier tipo de prescripción, debiendo previamente diferenciar los tipos que hay. Sobre esta cuestión, D. José López Guzmán¹⁹, Doctor en Farmacia, y Ángela Aparisi Miralles, Doctora en Derecho, diferencian los siguientes tipos de prescripción con independencia del sujeto activo que las lleve a cabo:

- Prescripción independiente: modelo tradicional de prescripción, por medio del cual un profesional debe realizar la prescripción de forma autónoma y exclusiva. No sólo se refiere a indicaciones sobre medicamentos, sino también sobre hábitos físicos, fisiológicos, así como a su tratamiento y control posterior. Es un modelo de autonomía y responsabilidad total del profesional sanitario sobre el que recae la acción.

¹⁹ López Guzmán, J, Aparisi Mirales, A. La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: Una aproximación ético-legal. DS Vol. 14, núm. 2, julio-diciembre 2006.

- Prescripción dependiente: en esta existe un acuerdo previo entre varios sectores profesionales a través de protocolos y acuerdos con sus correspondientes listas de medicamentos y patologías. Hay varios subtipos:
 - Prescripción facultada individualizada: El médico diagnóstica una patología, enfermedad o circunstancia. El enfermo o farmacéutico prescribe y controla el tratamiento que se decida.
 - Prescripción facultada por repetición: Se refiere a los pacientes con patologías crónicas. El médico estudia al paciente e informa al farmacéutico o enfermero de la medicación que debe seguir. Estos deben controlar y continuar el proceso del paciente sin más intervención del médico, excepto en caso de que sea requerido.
 - Prescripción por protocolos: El médico se auxilia en el farmacéutico o enfermero para llevar a cabo la facultad de prescribir en base a unos protocolos que incluyen patologías, medicamentos, criterios de decisión, definición de puestos, formas de comunicación entre profesionales, controles...
 - Prescripción suplementaria: Es una verdadera delegación de funciones del médico en otros profesionales. La base de este sistema no es la protocolización sino la formación previa y la aceptación expresa por parte del facultativo, del profesional implicado y del paciente. Se excluyen de este sistema fármacos específicos (pocos) que sólo podrán ser prescritos por el médico.
 - Prescripción por formulario: Semejante a la prescripción por protocolo pero más limitada. Se utilizan formularios con patologías y tratamientos. Indican formas de control y límites en la prescripción.

- Prescripción compartida: Se trata de un modelo horizontal, no vertical como los dos anteriores. Su principal aplicación se da en el ámbito hospitalario. En resumen: El médico estudia al paciente, determina el diagnóstico y el farmacéutico o enfermero deciden el tratamiento y control, así como el momento de terminar el proceso. Pero en ningún momento un profesional se desentiende de la actuación del otro. Se confecciona un equipo de actuación. Cada cual lleva a cabo aquello para lo que está mejor preparado, sin olvidar al resto del equipo, pues es básica la comunicación entre ellos. Esta, a su vez, se subdivide en:
 - Sustitución genérica: el enfermero o farmacéutico puede ir cambiando las prescripciones médicas a favor de medicamentos genéricos o similares sin necesitar autorización previa del médico, pero sí su comunicación posterior.
 - Sustitución terapéutica: el enfermero o farmacéutico pueden ir cambiando el tratamiento a medida que la patología va adoptando un desarrollo determinado. El cambio de tratamiento no requiere de autorización previa por parte del médico pero sí su comunicación.

Teniendo en cuenta los tipos de prescripción expuestos y el tenor literal del artículo 77.1 modificado, las enfermeras(os) pueden realizar dos tipos de prescripción: la prescripción independiente y la prescripción dependiente protocolizada.

De ambos modos de prescripción resulta, en definitiva, que las enfermeras(os) pueden prescribir todo tipo de medicamentos, sujetos o no a prescripción médica, ya sea de forma autónoma o través del oportuno protocolo y/o guía de práctica clínica, lo que supone una auténtica independencia del enfermero que no precisa de autorización previa del médico, como también el progresivo aumento de las competencias de la enfermería sin necesidad de tener que esperar a la aprobación de nuevas leyes que así lo reconozcan, ya que es en los protocolos y guías clínicas donde se va a plasmar la regulación de esta materia en lo que a la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica se refiere.

Otro aspecto a destacar es el hecho de que se ha dejado en manos de los profesionales y sus colegios el límite de la facultad de prescribir. No obstante, lo expuesto en la nueva redacción del artículo 77.1 es un paso previo que precisa de desarrollo reglamentario, como así nos indica la Disposición Adicional Duodécima de la Ley 29/2006 tras la modificación efectuada por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre:

“El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica, por los enfermeros, en el ámbito de los cuidados tanto generales como especializados y fijará, con la participación de las organizaciones colegiales de enfermeros y de médicos, los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efectos en todo el territorio del Estado, en las actuaciones previstas en el [artículo 77.1](#).”

En cumplimiento de lo expuesto, se ha elaborado el **Proyecto de Real Decreto por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros**, pendiente de publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Del mismo cabe destacar que para poder llevar a cabo las actuaciones de indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos de forma autónoma o a través de las guías de práctica clínica y asistencial y protocolos, se debe estar en posesión de una acreditación que emite el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que para el caso de las matronas se obtiene previa solicitud siempre y cuando las competencias para desarrollar las actuaciones referidas estén incluidas en los programas formativos aprobados para la obtención de los títulos de enfermero especialista. Este requisito concurre además en el caso de las matronas, como se ha expuesto más arriba. Además, se exige un informe previo favorable de la Comisión de protocolos, guías de práctica clínica y asistencial y acreditación a efectos de concesión de la acreditación.

Esta Comisión se erige como el órgano habilitador y garante del conocimiento y competencia profesional del enfermero que quiere desarrollar actuaciones como las expuestas y, por ello, no deja de llamarnos la atención que en la composición de su órgano de apoyo, el Comité Técnico de acreditación, al que compete establecer los criterios

generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación y proponer las acreditaciones de enfermeros, exista, no ya la misma representación del colectivo de enfermeros que del de médicos, sino siquiera representación de aquellos(as). Al tratarse de una cuestión formativa que afecta al ejercicio de una profesión distinta a la médica, se antoja innecesaria su opinión al respecto. No ocurre lo mismo con el Comité Técnico de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, que precisa para el desarrollo de sus funciones de una valoración conjunta.

En cualquier caso, es notorio el parecer contrario a la prescripción enfermera por parte del colectivo médico, siendo buen exponente de ello el recurso interpuesto por el Consejo General de Colegios de Médicos contra el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, única Comunidad Autónoma que ha legislado sobre la materia.

De igual modo, no son pocas las manifestaciones contrarias a la prescripción enfermera por parte de sociedades médicas tales como la Asociación Médica Mundial, que a través del Comité de Asuntos Médicos y Sociales expresó en 2008²⁰ que

“... la prescripción de medicamentos debe estar reservada exclusivamente al médico por razones de formación, capacitación, conocimiento del paciente y del medicamento, en defensa de la calidad asistencial, de la seguridad del paciente, de la propia relación del médico con el enfermero, así como para disminuir los problemas relacionados con el medicamento y defender de la confianza social en la profesión médica.”

En este sentido, ya en el año 2007, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, informó que en el Reino Unido la prescripción enfermera había fracasado, relatando que:

“El doctor Jimeno Mollet, tras cinco años de experiencia profesional en el Reino Unido, ha podido constatar la evolución y situación actual en que se encuentran en el Reino Unido los médicos de atención primaria con relación a la denominada prescripción enfermera, un modelo no extrapolable a nuestro país y que actualmente se encuentra en clara regresión al haberse demostrado que además de no resolver eficazmente los problemas asistenciales, no mejora la eficiencia económica del sistema y existen serias dudas en el ámbito de la seguridad de los tratamientos farmacológicos²¹.”

²⁰ Comité de Asuntos Médicos y Sociales de la Asociación Médica Mundial. Noticia extraída del portal electrónico del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid. Mayo de 2008.

²¹ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. El modelo británico de prescripción enfermera no es extrapolable a España y además ha fracasado. Portal del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Diciembre 2007.

Pronunciamentos y acciones como las expuestas evidencian un cierto temor de la profesión médica a perder competencias exclusivas en la materia, lo que puede afectar a un correcto funcionamiento de un órgano tan importante como la Comisión de Protocolos.

A efectos de control, se crea un registro de los enfermeros acreditados que se encuentra adscrito a la Dirección General de ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Una vez acreditados y registrados, las actuaciones de dispensación de medicamentos se llevarán a cabo mediante una orden de dispensación que actúa a modo de receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud, debiendo ajustarse a la normativa específica sobre la materia plasmada en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación en cuyo artículo 1.c) recoge la definición de orden de dispensación a los efectos que nos ocupan. Así:

“A los efectos de este real decreto, se entenderá por:

c) Orden de dispensación: la orden de dispensación, a la que se refiere el artículo 77.1, párrafo segundo de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los profesionales enfermeros, en el ámbito de sus competencias, y una vez hayan sido facultados individualmente mediante la correspondiente acreditación, contemplada en la disposición adicional duodécima de la referida ley, indican o autorizan, en las condiciones y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.”

Acompañando al Proyecto de Real Decreto figura una “Memoria de Análisis de Impacto Normativo” de la que queremos destacar lo referente a las causas no normativas que justifican dicha reglamentación. Y en este sentido señala que “la ampliación de competencias de los enfermeros obedece a la realidad de la organización asistencial española en la que el profesional de enfermería siempre se ha encontrado a la sombra del médico como subordinado de éste”. Situación que ha cambiado en la actualidad, primero a través de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre y consiguiente Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, y ahora a través de la modificación de la Ley 29/2006, desarrollada por el proyecto de Real Decreto pendiente de publicación, siendo así que el profesional de enfermería ha visto reconocido su cualificación profesional y con ello su lugar, su autonomía dentro del Sistema Nacional de Salud así como su equiparación con el resto de Europa.

Y no sólo se ven afectados por esta norma el colectivo de profesionales de enfermería, sino que redundará también, positivamente, en el colectivo de pacientes “por cuanto se verá posibilitado un acceso más fácil, ágil y dinámico a determinadas asistencias sanitarias sobre principios de cualificación profesional adaptada a sus requerimientos.”

De otro lado, se informa en la Memoria referida que el impacto económico y presupuestario del reglamento se prevé nulo por las siguientes razones:

- Por no afectar el contenido del reglamento a aspectos económicos o presupuestarios.
- Por cuanto derivará en un mayor control del uso racional de medicamentos y productos sanitarios.
- Por cuanto la entrada de los profesionales de enfermería en el ámbito de la autorización de dispensación produciría un ligero descenso del gasto.
- Por cuanto las nuevas cargas administrativas que puedan derivarse de las solicitudes de acreditación no se prevén masivas sino progresivas, pudiendo ser asumidas por los Centros Directivos competentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sin que se estimen necesarios nuevos recursos ni por tanto incremento del gasto por estas cargas.

En consecuencia, cabe concluir que a priori sólo se vislumbran efectos positivos, debiendo esperar a su aplicación práctica para poder llegar a dicho convencimiento y dar la debida respuesta a lo apuntado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España a finales de 2007 sobre si el fracaso de la prescripción enfermera en el Reino Unido²² se repite en España.

INSTITUCIONES, ASOCIACIONES Y FOROS EN LOS QUE LAS MATRONAS DEBEN ESTAR REPRESENTADAS

En general, el colectivo de enfermeras está bien representado y goza de fuerza en la organización sanitaria, según hemos expuesto en las páginas anteriores. Sin embargo, y en lo que a las matronas se refiere, hay un organismo que se eleva por encima de los demás como máximo defensor de la profesión en todas sus dimensiones, y no es otro que la **Confederación Internacional de Matronas (ICM)** que tiene como misión adelantar la profesión en el mundo entero, “promoviendo matronas autónomas como las prestadoras de salud más apropiadas para las mujeres gestantes y en armonía con el parto normal, a fin de mejorar la salud reproductiva de la mujer y la salud de sus recién nacidos y sus familias.”

De la ICM forman parte, en lo que a España se refiere, la Asociación Española de Matronas, el Consejo General de Enfermería (vocalía Matrona) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (**FAME**) en la que se encuentra representada a su vez, la Associació Balear de Comares.

²² Ver nota nº 16

En el ámbito internacional debemos destacar igualmente a la Asociación Europea de Matronas (**EMA**) de la que también forma parte la FAME. La labor de la EMA ha sido especialmente importante en la aprobación de la Directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, del Parlamento Europeo y del Consejo.

En lo que afecta al ámbito nacional debemos acudir al Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería en el que se indican los organismos que elaboran, proponen e informan al Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia sobre todas las cuestiones relativas a la especialidad que posteriormente se materializan en la legislación que resulta de aplicación, de ahí que su labor para la potenciación de la profesión resulte trascendental.

En la elaboración del citado Real Decreto 450/2005, de 22 de abril participaron la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.

COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se crea mediante la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con el artículo 35 de la Ley 16/2003, la Comisión desarrolla las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, y define los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas.

Está constituida por el ministro de Sanidad y Consumo y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas. También forman parte de ella el subsecretario de dicho Ministerio, los directores generales de Recursos Humanos y Servicios Económicos Presupuestarios y de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección del Ministerio, y un Director General en representación de cada uno de los ministerios de Economía y Hacienda, de Educación y Ciencia, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Administraciones Públicas. Asimismo, también forma parte de la Comisión el inspector general de Sanidad del Ministerio de Defensa.

COMITÉ ASESOR DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

En cuanto al Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, se constituyó a raíz de lo previsto en el ya derogado Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regulaba la obtención del título de enfermero especialista, que establecía en su disposición transitoria cuarta que, en tanto no se constituyese el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, previsto en el artículo 11 del citado Real Decreto, se autorizaba al Ministerio

de Educación y Ciencia, previo informe favorable del de Sanidad y Consumo, a establecer con carácter provisional los programas de formación de las especialidades de enfermería previstas en el mencionado Real Decreto, así como a adoptar las medidas necesarias para su implantación. A tales efectos, los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo constituirían un “Comité asesor” en el que debía estar representado el Consejo General de Colegios Oficiales de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, las asociaciones científicas y el profesorado de las Escuelas universitarias de Enfermería. Así, mediante la **Orden de 11 de julio de 1998** se constituyó con carácter provisional el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, compuesto por:

- a) Tres representantes del Ministerio de Educación y Ciencia, designados por la Dirección General de Enseñanza Superior.
- b) Un representante del profesorado de las Escuelas universitarias de Enfermería, designado por el Consejo de Universidades.
- c) Tres representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, designados por la Dirección General de Planificación Sanitaria.
- d) Dos representantes del Consejo General de Colegios Oficiales de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, designados por el citado Consejo.
- e) Un representante de las asociaciones científicas de cada una de las especialidades de las que se trate, oídas, en su caso, las de ámbito nacional.

En cuanto a sus funciones, le corresponden las previstas para el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería en el artículo 12 del derogado Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, que engloban:

- a) Informar acerca de los requisitos de acreditación que, con carácter general, deben cumplir las unidades docentes.
- b) Informar los oportunos expedientes de acreditación de las unidades docentes.
- c) Formular las propuestas de los programas correspondientes para la formulación de los especialistas en enfermería y elevarlos al Ministerio de Educación y Ciencia para su aprobación, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- d) Informar acerca de los criterios para la evaluación continuada del funcionamiento de las unidades docentes.
- e) promover y difundir las innovaciones metodológicas en el campo de la enfermería especializada.
- f) Fomentar y promover la investigación en el campo de los estudios de las especialidades de la enfermería.
- g) Conocer los criterios de selección y sistema de acceso a la formación de especialistas de enfermería, así como informar las oportunas convocatorias de acceso.
- h) Informar las disposiciones de carácter general que se elaboren en materia de su específica competencia o que por su específica naturaleza afecte al ámbito de la especialidad de enfermería.
- i) Formular las propuestas de las comisiones nacionales de realización de auditorías en las unidades docentes.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

Debemos referirnos, por último, al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, órgano representativo de los Colegios Provinciales, que tiene la potestad de representar al conjunto de la profesión tanto en el orden internacional como el nacional con el fin de contribuir al fortalecimiento del estatus y la práctica de la profesión de enfermería y representar y defender los intereses de los enfermeros en España, y de forma global, en los países con los que mantiene relaciones internacionales.

COMISIONES NACIONALES DE ESPECIALIDAD

Una vez aprobado el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería en base a lo informado por los organismos a los que nos hemos referido, las funciones más importantes en el ámbito de cada una de las especialidades de enfermería que enumera su artículo 2, recae en las denominadas Comisiones Nacionales de Especialidad a las que se refiere el artículo 8, que actúan a modo de órganos asesores de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en el campo de la correspondiente especialidad.

Estas Comisiones estarán compuestas por **11 enfermeros**, con la distribución siguiente:

- Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia, de los que al menos uno deberá tener la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.
- Cuatro vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal de la correspondiente especialidad.
- Un vocal en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.
- Dos representantes de los enfermeros especialistas en formación, elegidos por éstos.

Todos ellos han de ser Enfermeros especialistas a excepción de los estudiantes recogidos en el último punto.

La designación de sus miembros es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo. Para ello, deberán haber realizado sus correspondientes propuestas los órganos representados en la misma.

A cada Comisión Nacional le corresponde, en lo que afecta a su respectiva especialidad, el desarrollo de las siguientes funciones:

- Designar, de entre sus miembros, al Presidente y Vicepresidente

- Elaborar y proponer el programa de formación y su duración
- Establecer los criterios para la evaluación de las Unidades Docentes
- Elaborar los criterios para la evaluación de los especialistas en formación
- Informar sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los enfermeros especialmente en lo referente a los diplomas de acreditación y acreditación avanzada
- Participar en el diseño de los Planes Integrales dentro del ámbito de la especialidad correspondiente
- Establecer criterios de evaluación en el caso de nueva especialización
- **Proponer la creación de áreas de capacitación específica**

COMISIÓN DELEGADA DE ENFERMERÍA DEL CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Otro órgano a destacar por su incidencia en el presente y futuro de la profesión es la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, regulado en el artículo 9 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, al que se le atribuyen provisionalmente las funciones propias del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, pero hasta que se proceda a su constitución sus funciones las desarrollará el ya aludido Comité Asesor de Especialidades de Enfermería.

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE LES ILLES BALEARES

En el ámbito autonómico es el Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears el máximo órgano de defensa y representación de los intereses profesionales de las matronas, que ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 10/1998 del 14 de diciembre de colegios profesionales de las Illes Balears.

En el artículo 1 de los Estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de les Illes Balears se pone de manifiesto lo siguiente:

*“El Col·legi Oficial d’Infermeria de les Illes Balears, en adelante COIBA, es una corporación de derecho público y estructura democrática, reconocida y amparada por la Constitución, el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, y la Ley de Colegios Profesionales, **al cual han de pertenecer obligatoriamente todos los practicantes, enfermeras y enfermeros, matronas y matronos, Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS, en lo sucesivo), Diplomadas y diplomados Universitarias y Universitarios en Enfermería (DUE, en lo sucesivo) y aquellas personas que están en posesión de cualquier otro título expedido por cualquiera de los países miembros de la UE, hasta el día de la fecha y en un futuro, y por cualesquiera otros países, con la***

homologación previa por parte del Ministerio de Educación y Ciencia, si tal requisito procede, con los mismos derechos y deberes, sin ningún tipo de restricción, y que de acuerdo con las leyes vigentes ejerzan la profesión, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, en cualquiera de sus modalidades, ya sea de forma independiente o bien al servicio de la administración Central del Estado, o de la Comunidad Autónoma, la local, la institucional, o de cualquier entidad pública o privada. Voluntariamente, podrán solicitar su colegiación aquellos que ostenten cualquiera de los títulos académicos antes citados y no ejerzan la profesión.”

El Colegio de Enfermería engloba especialidades como la de matrona, sin que sea posible actualmente la creación de un colegio específico para una especialidad, sea ésta u otra, puesto que lo que regula es el ejercicio de las profesiones tituladas tal como establece el artículo 36 de la Constitución Española, y la de matrona es una especialidad dentro de una profesión, la de enfermería, y no una profesión titulada en sí misma considerada que habilite la creación de su propio colegio.

Dentro de la estructura del Colegio podemos diferenciar cinco comisiones:

- Deontología
- Garantías y Competencias
- Metodología
- Terapias Naturales Complementarias
- Salud Escolar

Por su interés y relevancia a los efectos que nos ocupan destacan las dos primeras.

Comisión de deontología

La comisión de deontología se constituye como órgano de apoyo, estudio y asesoramiento en los aspectos relacionados con el ejercicio de la Enfermería desde la perspectiva de la ética y moral profesional y estará compuesta por un mínimo de cinco colegiados, cuatro asesores y un coordinador.

Para ser miembro de la Comisión deontológica basta con cumplir requisitos tales como ser profesional de enfermería con una antigüedad mínima de 10 años, no estar incurso en expediente disciplinario y no haber sido separado de la profesión ni de cargo público, ni haber sido sancionado penal, civil o administrativamente. Cumplidos los anteriores requisitos, el paso siguiente consiste rellenar un modelo de solicitud²³ que será baremada por la Junta de Gobierno del Colegio.

²³ Modelo de solicitud disponible en http://infermeriabalea.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=68:noves-bases-del-procés-de-selecció-per-a-la-renovació-de-la-comissió-deontològica-del-coiba-any-2011&Itemid=234&lang=ca

Comisión de Garantías y Competencias

De otro lado, cabe destacar la Comisión de Garantías y Competencias que tiene como función principal la defensa de las competencias profesionales entre las que se engloba, impulsar el reconocimiento de la autonomía del enfermero especialista.

A diferencia de la Comisión deontológica, no se indica nada en la web del colegio sobre la composición y la forma o modo de elección de sus miembros.

CAPÍTULO IV.

Órganos de participación

SECCIÓN 1ª.

EL CONSEJO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES

El artículo 41 de la Ley 5/2003, de 4 de abril de Salud de las Illes Balears prevé la creación de un Consejo de Salud como “órgano superior de participación comunitaria y consulta del sistema sanitario público de las Illes Balears, adscrito a la consejería competente en materia de sanidad”.

La composición y el régimen de funcionamiento de este órgano se determina por Reglamento, el cual asegura la participación de los entes territoriales de las Illes Balears, de las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, **de los colegios profesionales de ámbito sanitario y de los representantes de entidades ciudadanas relacionadas con la salud**, así como de las asociaciones de consumidores y usuarios. Tiene atribuidas las siguientes funciones

- a) Asesorar al Gobierno, a la consejería competente en materia de sanidad y al Servicio de Salud de las Illes Balears en relación con el establecimiento y la ejecución de las políticas sanitarias.
- b) Emitir informe, cuando así se lo requiera el titular de la consejería competente en materia de sanidad, en relación con los anteproyectos de Ley y proyectos de disposiciones reglamentarias, cuyo contenido afecte a las competencias sanitarias.
- c) Emitir informe sobre el anteproyecto del Plan de salud de las Illes Balears.
- d) Conocer e informar la memoria anual de la consejería competente en materia de sanidad y del Servicio de Salud de las Illes Balears.
- e) **Formular propuestas y recomendaciones a las autoridades sanitarias, incluidos los órganos de dirección del Servicio de Salud de las Illes Balears, en relación con la salud de la población.**
- f) Cualquier otra que se le atribuya de acuerdo con la Ley.

CONSEJOS DE SALUD DE ÁREA Y DE ZONA

Estos consejos pueden crearse específicamente para ámbitos concretos de la acción sanitaria, determinando su vinculación orgánica y sus funciones administrativas por reglamento, de acuerdo con lo que prevé el título VI de la citada Ley de Salud de las Islas Baleares.

Parte jurisprudencial

CARACTERIZACIÓN DE LA PROFESIÓN Y FUNCIONES QUE SE LE ATRIBUYEN A LA COMADRONA EN LA JURISPRUDENCIA

Supervisora o garante

La **Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 2ª)**, en su **sentencia núm. 113/2007 de 8 febrero**, nos ilustra sobre lo que llama “núcleo esencial” de la función de la matrona: “el núcleo esencial de su función que no era otra que velar por un correcto desarrollo y progresión del trabajo del parto y por la indemnidad de la vida y salud de la madre y del feto, dando cuenta de cualquier incidente fuera de lo normal (y en mayor medida de una posible anoxia) al médico.”

“Vía de enlace” entre paciente y médico

En el ámbito de la medicina privada, la **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 16ª) de 5 marzo 2003**, en un caso en el que la demandante era cliente directa del ginecólogo, el tribunal entiende que “La vía de enlace con la paciente era desde luego la comadrona”

Entre otras muchas, se ocupa de las funciones que corresponden a la comadrona la **sentencia del Tribunal Supremo núm. 759/2002, de 31 de julio**, que comienza haciendo un repaso histórico sobre la normativa reguladora de la profesión como sigue:

“La normativa de este grupo de auxiliares técnico sanitarios a este respecto es extensa y trae su origen de atrás, desde el Decreto de 26 de julio de 1956, pasando por el de 18 de enero de 1957, referidos al título de ATS y al especializado de Matrona, para llegar al Decreto de 17 de noviembre de 1960, cuyo art. 4º señala que «las Matronas están autorizadas para asistir a los partos y puerperios normales, pero no a los distócicos», añadiendo que «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.

De rango normativo inferior, la Orden de 26 de abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario no facultativo de la Seguridad Social, tras las modificaciones sufridas por las Ordenes de 18 de diciembre de 1976, 13 de marzo de 1977, 20 de diciembre de 1979, 14 de marzo de 1980, 30 de junio de 1982, 16 de marzo, 7 de junio y 27 de diciembre de 1983, 14 de junio de 1984, 9 de octubre de 1985, 26 de diciembre de 1986 y Real Decreto 118/1991, de 25 de enero y Real

Decreto-ley 1/1999, de 8 de enero, repite en sus artículos 66, referido a instituciones abiertas, art. 67 en institución cerrada, 68, fuera de la Seguridad Social o dentro de ella, que serán sus funciones «asistir a los partos y puerperios normales de conformidad con las instrucciones que hayan recibido de los especialistas, así como efectuar las prácticas de educación maternal que se establezcan con carácter ambulatorio y excepcionalmente a domicilio, así como la profilaxis del parto». Finalmente, la Orden de 1 de junio de 1992, en desarrollo de la Directiva Comunitaria 155/1980 CEE, de 21 de enero, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, relativas al acceso a las actividades de Matrona y al ejercicio de las mismas, que recoge las materias formativas.”

A pesar de lo exhaustivo de la recopilación, más allá de especificar el rango normativo inferior del Estatuto Marco del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, del año 1973, la sentencia no aclara la relación entre cada una de las normas que forman este conglomerado heterogéneo, que va desde órdenes ministeriales preconstitucionales hasta una Directiva europea, la 155/1980 CEE, hoy reemplazada por la 2005/36.

Capacidad de la comadrona para realizar valoraciones y diagnósticos

A la hora de determinar cuál es actualmente la legislación aplicable a la profesión de matrona y cuál es su ámbito competencial en relación con el de otros profesionales y en relación con los protocolos de un determinado centro, debemos referirnos a la mucho más precisa y específica **Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 4ª, núm. 806/2006, de 27 de octubre de 2006**. En el caso que resolvió dicha sentencia, la demandante alegaba que la comadrona que la atendió en el servicio de urgencias, si bien tenía capacidad para realizar una “prueba de monitorización no estresante” no la tenía para valorar los resultados de dichas pruebas, en virtud de los cuales decidió el alta, razonando el juzgador lo siguiente:

“El primer punto de partida lo constituye, sin duda, determinar si la comadrona estaba habilitada o capacitada, por su titulación, para realizar una motorización no estresante (NST), en el servicio de urgencias del Hospital [...]. Para ello hemos de partir de la normativa, empezando por examinar la Directiva Comunitaria aducida, que en su artículo 4 impone a los Estados miembros la obligación de garantizar que las matronas o asistentes obstétricos estén facultados por lo menos para acceder a las actividades que, a continuación se enumeran y para el ejercicio de las mismas. Estamos pues ante el establecimiento de unos conocimientos mínimos que no impiden que los Estados miembros exijan una competencia profesional superior cuando regulen esta titulación dentro de los límites que marca el derecho comunitario y el derecho interno. En el mismo artículo, se relacionan una serie de actividades para las cuales deben estar capacitadas las matronas, entre ellas “comprobar el embarazo, y vigilarlo durante el curso normal, efectuando los reconocimientos necesarios para vigilar la evolución del embarazo normal”; “prescribir o aconsejar los reconocimientos necesarios para un diagnóstico lo más precoz posible de cualquier embarazo de riesgo”; “asistir a la parturienta durante el desarrollo del trabajo y vigilar el estado del feto in útero por los medios clínicos y técnicos apropiados”;

“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 manual si fuera necesario” y “extender los informes escritos que sean necesarios.

La competencia profesional de la comadrona para valorar los trabajos del parto así como las pruebas de seguimiento (como la NST), resulta incuestionable, aunque ello no impide que pueda también ser valorado por los demás profesionales que integran el equipo de guardia obstétrica. Esta competencia como habilitación que confiere el estar en posesión de unos determinados estudios no puede ser modificada ni alterada en el protocolo del Hospital de Puigcerdá. La misma prueba pericial practicada en autos, a instancia de la propia demandante (folio 326 y 327), resulta clara cuando nos dice que “el diagnóstico de trabajo de parto está capacitado para realizarlo cualquiera de los miembros que integren el equipo de guardia obstétrica: matrona, residente de obstetricia, y especialista en obstetricia y ginecología”.

Estas puntualizaciones del TSJ de Cataluña nunca están de más, pues hemos visto en ocasiones cómo algunas sentencias e informes jurídicos hacen malabares para, por un lado, mantener la coherencia con una realidad asistencial en la que las comadronas autorizan ingresos, administran medicación y controlan los embarazos y partos normales y, por otro, negar que las comadronas hagan valoraciones o diagnósticos.

Nada más absurdo y racionalmente imposible, pues cualquier ser humano dotado de razón y conciencia está constantemente valorando y calibrando, aun mecánicamente, las situaciones a las que cotidianamente se enfrenta. Una comadrona no es un mero detector del mundo sensible, al modo de un monitor cardiotocográfico, sino que analiza la información que le llega y, en base a ello, toma decisiones clínicas.

Como ejemplo de estas incoherencias y esta resistencia a reconocer a la comadrona capacidad valorativa, en una sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona, después de afirmar que la comadrona debe **controlar** el desarrollo y progreso del trabajo de parto y detectar “cualquier incidente fuera de lo normal” se dice que las comadronas “no realizan diagnósticos”:

*“[...] vulnerando la diligencia que le era exigible en la realización de su labor (**control del desarrollo y progreso del trabajo del parto**) no puso en inmediato conocimiento del médico para que procediese conforme indican todos los protocolos [...] teniendo en cuenta cual es la función de una comadrona en un parto que va a ser realizado por un facultativo [...] (**ello al margen de que las comadronas no realizan diagnósticos**) [...] vulnera el núcleo esencial de su función que no era otra que velar por un correcto desarrollo y progresión del trabajo del parto y por la indemnidad de la vida y salud de la madre y del feto, dando cuenta de cualquier incidente fuera de lo normal (y en mayor medida de una posible anoxia) al médico, lo que no hizo [...].*

Es decir, que la comadrona puede y debe controlar y valorar la evolución de un proceso asistencial hasta el punto de clasificar un parto como normal o anormal,

identificar el problema, calibrar su entidad y decidir si comunicar o no a un especialista patólogo la alteración que está percibiendo (una decisión de suma importancia), pero no hace “diagnósticos”.

La Real Academia nos proporciona tres acepciones de la palabra “diagnóstico”:

1. adj. Med. Pertenece o relativo a la diagnosis.
2. m. Med. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.
3. m. Med. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

Puesto que hoy en día depositamos la capacidad para calificar las enfermedades según sus signos a una gran variedad de profesionales de las llamadas “ciencias de la salud” o “ciencias de la vida” (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos, biólogos...), no parece adecuado ceñirla exclusivamente a la profesión médica. Por otro lado, hay que tener en cuenta que, en Derecho, la palabra “médico” puede estar designando a profesionales de la salud con titulación distinta, no necesariamente a un licenciado en medicina y cirugía. Por ejemplo, como vimos en la parte normativa, la Ley de Autonomía del Paciente define “médico responsable” de tal forma que, en un parto normal, la “médico responsable” será la mayoría de las veces una comadrona.

Volviendo a la RAE, la acepción más general y omnicomprendiva, la número 2, define la diagnosis como el “Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.” Sin olvidar que un diagnóstico puede admitir variedad de niveles de precisión o determinación, eso es precisamente lo que se le exigía a esta comadrona: “observar síntomas y signos” para llegar a “conocer la naturaleza” (desviación o no de la normalidad) de una enfermedad (aunque en este caso, al tratarse de un parto, no podemos hablar propiamente de “enfermedad”).

Decir, como hizo en un informe un gabinete jurídico de la Consejería de Sanidad de la Generalitat valenciana que la comadrona puede observar síntomas y signos pero no “conocer la naturaleza” de esos mismos síntomas y signos es, simplemente, ignorarla como sujeto racional. No se puede decidir que determinados síntomas y signos constituyen una alteración y, al mismo tiempo, no “conocer” que se está ante una alteración. Por no hablar de que aún se le exige a la comadrona un paso intelectual más, que es decidir si estas alteraciones tienen entidad suficiente como para requerir la intervención de un médico.

Por último, y para zanjar la cuestión, en una acepción amplia diagnosticar sería simplemente “recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza”, algo que las comadronas hacen cada vez que entrevistan a una mujer que llega al hospital de parto y deciden o no su ingreso, cada vez que, durante el embarazo, detectan problemas que les hacen prescribir pruebas específicas, cada vez que, en definitiva, deciden remitirla o no a un médico especialista en patologías del embarazo y el parto (obstetra).

Como decíamos en la parte normativa de este estudio, la definición de la especialidad que recoge el Anexo de la 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) confirma que:

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

En el terreno práctico, la responsabilidad de la comadrona se relaciona directamente y sin ningún tipo de artificio con su capacidad para hacer un diagnóstico correcto o incorrecto de la evolución del embarazo o el parto. Como ejemplo de ello tenemos la **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 28 de julio de 2000**, en la que no se cuestiona en ningún momento la capacidad de las comadronas de atención primaria para decidir si una mujer padecía o no preeclampsia.

Por cierto que, en este punto, el trabajo de la comadrona de atención primaria no se diferencia mucho del de un médico de familia. Que, en muchas ocasiones, las “medidas a adoptar” por ambos consistan en remitir al usuario a un profesional más especializado, no desvirtúa el carácter “diagnóstico”, previo si se quiere, de su actuación.

RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL Y ADMINISTRATIVA

El control del monitor corresponde a la matrona

Una comadrona alegaba, en este caso juzgado por la **Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 5ª) en su sentencia núm. 20/2009 de 13 enero**, que no era responsable del análisis o evaluación de los resultados de la monitorización, entendiéndose el juzgador que el control del monitor corresponde a la matrona, no al médico:

“De forma análoga a la absolución del ginecólogo, la recurrente entiende que hay identidad de razón para excluirla de responsabilidad. No podemos compartir este juicio de semejanza, la recurrente se encontraba en todo momento cercana al escenario donde se sucedieron los hechos y actuando en el ámbito propio de su competencia profesional. Por el contrario, el ginecólogo sólo acudió al final y sin ser advertido de anormalidad alguna en el decurso de la estancia de la actora en la clínica.”

Esta sentencia confirmó la atribución de responsabilidad a la matrona y eximió al ginecólogo, que no había sido avisado por aquella.

Indicación de pruebas de Ph

En los hechos enjuiciados por esta **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona Secc. 17, número 411/2010 de 8 septiembre**, la parturienta estaba siendo atendida conjuntamente por la ginecóloga y la matrona desde el ingreso. El juez exime a la comadrona por considerar que su actuación fue correcta en sí misma.

Compartimos la conclusión del juzgador, pero no su argumentación, pues aplica legislación preconstitucional ya derogada, sosteniendo que “de dicha normativa se extrae que las funciones de las comadronas consisten en asistir a los partos y puerperios normales de conformidad con las instrucciones que hayan recibido de los especialistas.” La Audiencia hace una relación de la legislación sobre matronas desde 1956, pero no analiza la vigencia de cada una de las normas que enumera ni su relación concreta con el caso, además de pasar por alto la Directiva europea 155/1980, como si no hubiera formado parte del ordenamiento jurídico español al que fue traspuesta por Real Decreto, diciendo que no sirve para apreciar la responsabilidad de la matrona, pero sin explicar por qué. Tampoco menciona la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Ciertamente, no corresponde a la matrona, como se afirma en la sentencia, prescribir pruebas de Ph en presencia de un ginecólogo que está ya, de facto, dirigiendo el parto, pero no es sostenible la afirmación de que de la normativa actual “se extrae que las funciones de las comadronas consisten en asistir a los partos y puerperios normales **de conformidad con las instrucciones que hayan recibido de los especialistas**” pues esto no puede predicarse de la generalidad de los partos, sólo de aquellos que han dejado de ser normales, y nada debe extraerse de una normativa preconstitucional y derogada.

Obediencia debida

Veamos el caso de una comadrona que alega el principio castrense de “obediencia debida” para eximirse de responsabilidad en una **sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza (Sección 5ª), núm. 20/2009 de 13 enero**:

*“Descendiendo al estudio de las razones que sostienen el recurso, nos encontramos con el principio de **obediencia debida a las órdenes del ginecólogo** como el primer alegato deducido por la recurrente. Para cortar este hilo argumental nos remitimos a las declaraciones del Dr. Raúl. Éste significó que ordenó la monitorización externa y que lo habitual es la monitorización continua en caso de riesgo, pero que esta tarea la hizo la comadrona. Además, señaló que acudió al quirófano y que, tras un expulsivo muy fuerte, la niña nació de un solo pujo. Por su parte, la recurrente admitió que la historia clínica la elabora el ginecólogo a partir de la información que ella suministra. Por lo demás, y como se informó en la vista del juicio, **en los embarazos de bajo riesgo, como era éste según se puede objetivar a la vista de la documentación aportada, lo normal es la atención por la comadrona.**”*

No hay atajos. Al apreciar responsabilidad en la comadrona, esta sentencia nos está diciendo que cuando un profesional actúa en ejercicio de sus funciones (en los embarazos de bajo riesgo lo normal es la atención por la comadrona) y no las cumple con

la diligencia que le es exigible, no cabe hablar de “obediencia debida”. El argumento debe funcionar en ambos sentidos: si sirve para afirmar la responsabilidad, también debería serlo para afirmar la autonomía entendida como poder de decisión y acción.

Examinemos también una **sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, Secc. 20, núm. 229/2007 de 19 de abril**. Los hechos se refieren a un parto de riesgo medio por cesárea previa en el que se produce parálisis cerebral. El tribunal establece la obligación de la comadrona de extremar las precauciones en torno al seguimiento, control y vigilancia mediante la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal. Se la acusa de no adoptar medidas ante la falta de funcionamiento del monitor (49 minutos), incumplimiento de los protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia aprobados por la SEGO y la decisión de alumbramiento por vía vaginal, prolongando el sufrimiento fetal al no avisar al ginecólogo. La comadrona alegó “obediencia debida” al haber recepcionado el ginecólogo a la madre y no haberla instruido específicamente. Este motivo es desestimado por el tribunal de apelación, al entender que la obligación de la comadrona de atender conforme a la *lex artis* está por encima de una supuesta “obediencia debida”, que no existiría además al estar la comadrona actuando dentro de su ámbito competencial. El fallo corrobora la existencia de responsabilidad tanto en la comadrona como en el ginecólogo:

*“Del dictamen emitido por el perito designado se desprende que existen motivos suficientes para estimar que la actuación de los dos demandados [matrona y ginecólogo] no se ha acomodado escrupulosamente a los dictados de la *lex artis* y que ha habido culpa por su parte (la culpa o negligencia consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del título y del lugar, artículo 1.104 del Código Civil [LEG 1889, 27]), y así entre los protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia aprobados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de Madrid (S.E.G.O.), el núm. 19, correspondiente al parto vaginal tras cesárea, considera como parto de riesgo el de las pacientes que hayan tenido una cesárea previa, lo que no se tuvo en cuenta en el caso que nos ocupa, y según el mismo protocolo en los casos de parto se considera conveniente la vigilancia electrónica fetal continua, lo que no aconteció tampoco, ya que existió un período aproximado de 49 minutos sin monitorizar, y en los protocolos efectuados por la S.E.G.O. se afirma que si se opta por la vía vaginal en caso de cesárea anterior, es imprescindible la vigilancia cuidadosa del parto, la monitorización biofísica del mismo y abstenerse en principio de la administración de oxitocito, a la que sólo se recurrirá con prudencia en caso necesario, lo que tampoco se observó [...]”.*

Uno de los motivos alegados por la defensa de la matrona fue la obediencia debida, esgrimiendo la “Inexistencia de conducta negligente de su representada, actuando en todo momento bajo las órdenes del médico demandado”. Se achaca a la sentencia de instancia no haber tenido en cuenta que ella, por su profesión, “está sujeta y sometida al cumplimiento estricto de las indicaciones y órdenes que le vaya dando el Médico, no decidiendo ella ni el grado de riesgo del embarazo, ni la administración de oxitocinas, ni la realización de pruebas complementarias ni la vía por la que debe abordarse el parto o alumbramiento, por lo que en su conducta no se dio ningún tipo de diligencia que

determinara una relación causa efecto con el resultado”. A lo que el juzgador argumentó que:

- a) *“[...] no hubo una atención permanente por parte de los demandados y alcanza la responsabilidad en este sentido a la comadrona, porque no tiene fácil explicación ni justificación que el monitor se apagara por tres veces y permaneciera inactivo un tiempo aproximado de 49 minutos, lo que implica una desatención por su parte, y no consta que siguiere sobre este extremo las instrucciones del Doctor y en el caso de éste, si se trataba de una paciente que había sido sometido con anterioridad a una cesárea, lo prudente hubiera sido no alargar el parto como lo hizo acudiendo a la vía vaginal en lugar de practicar nuevamente la cesárea [...]” y*
- b) *La sentencia apelada no desconoce esos hechos [que la comadrona está sujeta y sometida al cumplimiento estricto de las indicaciones y órdenes que le vaya dando el Médico ...] sino que, por el contrario, los reconoce (tal y como se comprueba tras la lectura de los Fundamentos de Derecho transcritos), imputando a la comadrona que el monitor se apagara por tres veces y permaneciera inactivo durante un tiempo aproximado de 49 minutos, después de haber fijado como hecho probado que [la parturienta] se encontraba de parto de su tercer embarazo, habiéndose practicado en el primero de ellos una cesárea (el segundo concluyó por aborto espontáneo), lo que hacía que en este tercero se debieran extremar las precauciones en torno a su seguimiento, control y vigilancia mediante la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal, y, aún más, si cabe, después de la administración de oxitocina, tal y como concluye el perito D. José Augusto. Circunstancias, todas ellas, conocidas por esa profesional y, sin embargo, omitidas, no ateniéndose a los protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia aprobados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia de Madrid (S.E.G.O.). No habiendo probado que esas paradas o, en definitiva, falta de funcionamiento del monitor, fueran advertidas o puestas en conocimiento del Médico o rápida y diligentemente corregidas o subsanadas, ni tampoco que fueran debidas a falta de papel o a un atasco, como se alegaba en la contestación a la demanda.*

Nuestra conclusión es que, independientemente de que la comadrona trabajara a las órdenes de un médico, debió actuar conforme a la *lex artis*, y ese es el origen de su responsabilidad.

“Desobediencia” debida

En sede contencioso-administrativa, aunque las responsabilidades individuales por culpa o negligencia quedan diluidas al versar las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial de un único sujeto global que es la Administración Pública, la **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª) núm. 816/2008 de 26 noviembre** avala la actuación de una comadrona que recomendó a sus compañeras y anotó en la historia la conveniencia de monitorizar y controlar especialmente a la mujer, a pesar de haber recibido instrucción en contra del Jefe de Servicio:

*“D^a Angelina, ya en el Hospital Provincial, fue reconocida por la comadrona, D^a Mariana, quien realizó seguidamente un registro con el monitor, detectando taquicardia (180 latidos/minuto) basal del feto, claramente patológica (folios 33 y 102 del expediente)[...] informado de la patología, que denunciaba sufrimiento fetal, el Dr. Ángel Daniel, Jefe del Servicio de Ginecología, dispuso que **“se dejara tranquila a la paciente, pues dicha alteración cardiaca pudiese ser debida a estrés por constantes exploraciones y altas y bajas”**, instrucción que, según aclara la mencionada comadrona, al folio 102 del expediente, se refería **“a que no se hiciese ningún tipo de prueba hasta que comenzase el parto”**.”*

*No obstante, D^a Mariana, al resultarle inquietante el resultado de la monitorización realizada a las 11:15 horas, que delataba sufrimiento fetal, al hacer el relevo del servicio cuidó de advertir verbalmente a su relevo, D^a María Esther, además de reflejarlo en el libro de cambio de servicio -folio 104- que en cuanto pudiera realizase una monitorización a la parturienta; **“...627A...ingreso GT...empezando a poner monitor cuando podáis. Enema y aques. Registro un poco dudoso”**.*

El juez apreció responsabilidad por la actuación del resto del equipo, pues

*“Lejos de adoptarse elementales medidas de cuidado, y **desoyendo las sugerencias de la comadrona saliente**, sobre la conveniencia de llevar a cabo cuando se pudiese, un nuevo registro de frecuencia fetal, se tuvo en práctico abandono a la parturienta desde las 15:00 horas hasta entrada la madrugada del siguiente día.”*

TRABAJO EN EQUIPO Y “PRINCIPIO DE CONFIANZA RECÍPROCA”

La **Audiencia Provincial de A Coruña (Sección 6^a)**, en su **sentencia núm. 82/2009, de 30 de septiembre**, rebaja la condena de un Jefe de Servicio por haber confiado en el buen hacer del equipo de profesionales que habían atendido el parto en atención al “principio de confianza recíproca”. Si bien ésta no es eximente de la responsabilidad, sí debe ser considerada atenuante.

*“En el trabajo en equipo, también en las relaciones de colaboración sucesiva entre diferentes profesionales, **rige el principio de confianza. Conforme a éste enunciado cada participante en una actividad puede y tiene que confiar en que la actuación del resto de los intervinientes es correcta, de modo que sólo cuando existan motivos fundados para desconfiar en que los terceros hayan actuado con el cuidado debido incurrirá en responsabilidad [...] por la incardinación del trabajo del acusado en unas relaciones de colaboración sucesiva inspiradas en el principio de confianza, la imprudencia ha de ser calificada como leve.**”*

Sin embargo, en una **sentencia de la Audiencia Provincial de Lleida, Sala de lo Civil, Secc. 2^a 332/2000 de 7 de julio**, se aprecia la existencia de responsabilidad de la comadrona y del médico por monitorización inadecuada y nacimiento con graves lesiones cerebrales por sufrimiento fetal. El juez condena a ambos porque ninguno de ellos

acreditó suficientemente que hubiesen agotado su prestación de medios, y no aprecia como eximente el “principio de confianza” alegado por el ginecólogo, ni el intento de elusión de responsabilidad de la comadrona argumentando que “después del aviso, corresponde al médico hacerse cargo de la situación”.

TRANSFERENCIA DE RESPONSABILIDADES MATRONA-MÉDICO

Entre otras muchas, se ocupa de esta materia la **sentencia de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo núm. 547/2002, de 27 marzo**, que tras ofrecernos una definición de impericia o culpa profesional de la comadrona en la atención al parto, se ocupa de la incidencia del “aviso al ginecólogo” a la hora de atribuir responsabilidades a uno u otro profesional.

a) definición de imprudencia profesional

“La introducción del concepto de culpa o imprudencia profesional, es el producto de un proceso legislativo que arranca de tiempos relativamente recientes, lo que no ha impedido que exista una profusa doctrina jurisprudencial sobre esta materia. Ante la exasperación de la pena que llevaba aparejada la calificación de la imprudencia como profesional, se construyó una sutil y en cierto modo artificial distinción, entre imprudencia profesional e imprudencia del profesional. Como había puesto de relieve la doctrina, el primer problema que suscita la imprudencia profesional, es el relativo a si el subtipo agravado ha de aplicarse a cualquier persona que realice actos específicos de una determinada profesión o si más bien, es preciso e imprescindible que el sujeto del hecho imprudente sea un profesional de la actividad, que desarrollaba en el momento de incurrir en la infracción punible.

*La sentencia de 3 de octubre de 1997 establece que la imprudencia profesional (relacionada con una intervención médica) se caracteriza por la inobservancia de las reglas de actuación, que vienen marcadas por lo que se conoce, en términos jurídicos, como «lex artis», lo que conlleva un plus de antijuridicidad que explica la elevación penológica. El profesional que se aparte de estas normas específicas, que le obligan a un especial cuidado, merece un mayor reproche en forma de sanción punitiva. **Al profesional se le debe demandar un plus de atención y cuidado en la observancia de las reglas de su arte, que no es exigible al que no es profesional. La imprudencia profesional aparece claramente definida, en aquellos casos en que, se han omitido los conocimientos específicos que sólo tiene el sujeto por su especial formación, de tal manera que los particulares no tienen ese deber especial, porque carecen de los debidos conocimientos para actuar en el campo de los profesionales.***

Los conocimientos científicos más elementales en materia de partos, permiten establecer que, en los casos en que se observan síntomas de sufrimiento fetal, se deben poner en marcha todas las intervenciones necesarias para evitar que la prolongación de este sufrimiento produzca efectos lesivos en el feto. En este caso se infringieron las normas de la práctica médica exigible, ya que era urgente e

indispensable el control del foco de peligro que representaba la presencia del meconio expulsado, acelerando el parto o adelantando su producción mediante la práctica de una cesárea.

b) llamar al ginecólogo no basta

La temeridad observada, no sólo en el comportamiento de la recurrente [comadrona], sino también en el médico ginecólogo, merece la calificación de temeraria. La omisión del control sobre la parturienta y el feto, la pasividad ante el hecho grave de la presencia de síntomas de sufrimiento fetal, no acudiendo a fuentes inmediatas de evitación del riesgo y limitándose a volver a llamar al ginecólogo, así como la pasividad de éste ante una situación que, por su profesión tenía que saber que era grave, permiten atribuir a la imprudencia la máxima calificación posible con arreglo a los parámetros legales de la época en que sucedieron los hechos.”

Queda claro en esta sentencia que la responsabilidad de la comadrona sobre sus propias actuaciones es directa respecto a su resultado, no mediada por la existencia de una relación clientelar, privada o de confianza médico-usuaria. Parece que algunas comadronas, cuando trabajan en la privada, se resisten a utilizar los servicios de urgencia de las clínicas y prefieren esperar al médico particular, con la consecuencia de que ellas también resultan acusadas y condenadas, si, como en este caso, se produce un resultado desgraciado.

Responsabilidad compartida por los errores en la comunicación comadrona-médico

La **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 16ª), de 5 marzo 2003**, si bien considera que la comadrona es la “vía de enlace” entre médico y paciente, es tajante al asignar la responsabilidad por los errores en la comunicación a ambos profesionales por igual:

*“La vía de enlace con la paciente era desde luego la comadrona y entre uno y otra debían prestar a Dª. Encarna la precisa asistencia. Ello significa que **los posibles errores de comunicación o malentendidos entre ellos de ninguna manera pueden ser utilizados para exculparse recíprocamente** en un supuesto de indiscutible inadecuada atención como el que nos ocupa.”*

Momento de dar el aviso

En cuanto al momento de dar el aviso, la **sentencia del Tribunal Supremo número 759/2002 de 31 julio** reafirma la condena a una matrona que se demoró en comunicar al médico la existencia de sufrimiento fetal:

*“[...] porque cuando ésta detectó los problemas, la cabeza del niño se encontraba apoyada sin que pasara del primer plano, o sea, que la presentación era alta y cuando se tomó la decisión por ella misma, de avisar al tocólogo, que se presentó con celeridad, el proceso fatal era irreversible. **En definitiva, que avisó al médico cuando ya era tarde** [...] el sufrimiento fetal pudo haberse detectado con mayor*

prontitud y la intervención tocoginecológica haberse producido en un momento anterior y más beneficioso para el recién nacido. Cuando reputó la comadrona que era preciso avisar al médico era demasiado tarde y no debe olvidarse que detectado el supuesto, cualquiera que sea su causa, se debe proceder inmediatamente a salvaguardar la vida del feto.”

OBLIGACIÓN DE AGOTAR TODOS LOS RECURSOS

La sentencia citada en el epígrafe anterior pone de relieve algo fundamental: la responsabilidad de la comadrona para con la mujer y el niño no se extingue en la mera acción de avisar al ginecólogo, la matrona debe “agotar todos los recursos disponibles” para salvaguardar la salud de ambos.

En el caso examinado por la **sentencia de la Audiencia Provincial de Lleida, Sala de lo Civil, Secc. 2ª, núm. 332/2000 de 7 de julio**, el juez condena tanto al ginecólogo como a la comadrona, que había avisado a este último, porque ninguno de ellos acreditó suficientemente que hubiesen agotado su prestación de medios. La comadrona había alegado que no podía ser considerada responsable desde el momento en que había avisado debidamente al ginecólogo de la situación:

*“La señora S., comadrona que asistió a la demandante señora P. en el parto, alega que no le puede ser atribuida ninguna actuación negligente, puesto que entre las 7.15 horas del día 29 de diciembre de 1990 en que empieza a asistir a la señora P, hasta que se pone en contacto con el ginecólogo señor C, efectuó tres controles del corazón del feto manifestándose siempre dentro de la normalidad. Así, avisó al ginecólogo del inicio del parto sin que se hubiese producido ninguna irregularidad en el mismo y **a partir de ese aviso considera que corresponde a aquél hacerse cargo de la situación.** La apelación de la heredera del doctor C. sostiene que cuando fue avisado telefónicamente del inicio del parto de la señor P. no se le indicó que hubiese nada anormal [...] **También indica que al tratarse de un parto normal la comadrona era plenamente competente por estar suficientemente capacitada para actuar en defecto suyo.”***

El juez termina por condenar a ambos por no haber cumplido con su obligación de medios. No aprecia como eximente el “principio de confianza” en el buen hacer de la comadrona alegado por el ginecólogo, ni tampoco el intento de elusión de responsabilidad de la comadrona argumentando que “después del aviso, corresponde al médico hacerse cargo de la situación” y ello porque ningún de los dos acreditó suficientemente haber “agotado su prestación de medios”. Tanto si el médico lo había ordenado expresamente como si no, correspondía a ésta asegurar la correcta monitorización de la madre.

En contra, la **sentencia número 176/2011 de la Audiencia Provincial de Barcelona** tiene un nivel de exigencia mucho menor y exime a la comadrona de responsabilidad al entender que cumplió con avisar a la ginecóloga. En ese caso se produjo un desprendimiento parcial de placenta. La comadrona, al detectar síntomas preocupantes, había dado aviso inmediato por teléfono a la ginecóloga, que en lugar de dar

orden de que la mujer fuese atendida por los servicios de urgencia de la clínica, se dirigió en coche hacia ella, tardando más de hora y media en llegar. Desde el aviso de la comadrona de que había signos de pérdida de bienestar (06:15) hasta la extracción del niño por cesárea (08:55) pasaron más de dos horas y media.

“...no hay motivo legal para fundar una responsabilidad por culpa de la comadrona Jacinta. Dicha profesional cumplió exactamente las obligaciones asistenciales propias de su función ya que tras la preceptiva exploración de la gestante (no se cuestiona la certeza de las indicaciones clínicas reflejadas por la comadrona Jacinta en la historia, transmitidas vía telefónica a la ginecóloga Ascensión), dio cuenta inmediata de sus hallazgos a la médico responsable, quedando a las resultas de sus indicaciones (monitorización de la gestante), entre las cuales no se cuenta la de que diera inmediato aviso al médico de guardia del centro hospitalario. Ni siquiera consta que Jacinta conociera el lugar de residencia de la doctora Ascensión a fin de que pudiera hacerse una composición del tiempo que requeriría esta última para hacer acto de presencia física en la clínica. En definitiva, a diferencia de lo que sucediera en el supuesto decidido por la sentencia de este tribunal de marzo de 2005 antes mencionada (en aquel litigio se apreció responsabilidad de la comadrona porque, no obstante la evidencia de signos reveladores de sufrimiento fetal, demoró más allá de lo razonable el aviso al ginecólogo de la parturienta o a los servicios de urgencia de la clínica en la que se hallaba ingresada), en el caso examinado la comadrona Jacinta actuó con la diligencia asistencial requerida por las circunstancias concurrentes.”

La sentencia que acabamos de extractar hace una interpretación restrictiva de la obligación de la comadrona para con la parturienta, totalmente mediada por la relación de ésta con su médico.

En cuanto a la obligación de “avisar al ginecólogo”, da por bueno que lo hiciese una sola vez, al privado de la señora, sin apreciar responsabilidad por no haber adoptado otras medidas, a nuestro juicio, elementales ante la urgencia y gravedad de la situación, como hubiera sido pedir la asistencia del Ginecólogo de Guardia de la Clínica. Resulta por tanto contradictoria con otras muchas en las que se pide a la comadrona un plus de actividad y cuidado, se le pide “agotar las medidas de protección existentes”. No compartimos el fallo en cuanto opinamos que los recursos de la comadrona no se agotaron al realizar la llamada.

Doctrina del Tribunal Supremo: “una especie de connivencia”

El **Tribunal Supremo**, en su **sentencia 759/2002, de 31 de julio**, acoge el criterio más exigente, al entender que la diligencia que le es exigible a la comadrona va más allá de la que dictaría el puro reglamento, el pie de la letra, el mero aviso al ginecólogo, pues consiste en todos aquellos cuidados “que la prudencia imponga”:

*“La doctrina jurisprudencial de este Tribunal ha repetido con insistencia, que si bien el art. 1902 del Código Civil descansa en un básico principio culpabilista, no es permitido desconocer que **la diligencia requerida comprende no sólo los***

cuidados y prevenciones reglamentarios, sino además todos aquellos que la prudencia imponga para prevenir el evento dañoso [...]. “

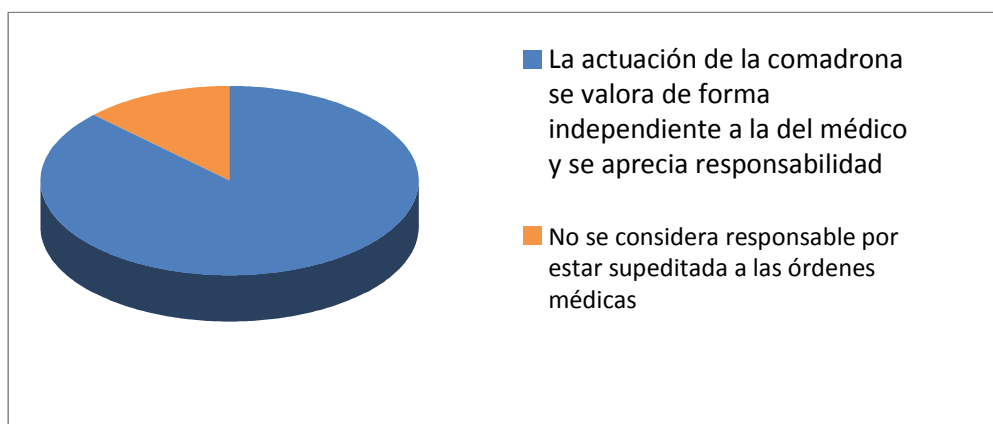
Continúa el Supremo, en esa misma sentencia, denunciando “una especie de connivencia” entre ginecólogos y comadronas por la cual éstas se resisten a requerirles, con consecuencias perjudiciales para madres y niños:

“La praxis asistencial de forma constante nos muestra una especie de connivencia entre ginecólogos y matronas, que sirve, no pocas veces, para que aquéllos incumplan sus obligaciones y deberes de cuidado de determinados partos en los centros asistenciales en que prestan sus servicios, y a las matronas a que intervengan, en ausencias de ginecólogos y con resultados perjudiciales para las gestantes y sus criaturas. Pueden citarse al respecto y como meros ejemplos las sentencias de la Sala Segunda de este Alto Tribunal de 5 de abril de 1995 y 27 de marzo de 2002 y de la Sala Tercera, de lo Contencioso-Administrativo del mismo Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2002 , ello sin contar de otras numerosas de diversos Tribunales y Juzgados de todo orden, cuya cita aquí resultaría ociosa e innecesaria, sobre la intervención de matronas en ausencia de médicos ginecólogos con resultados perjudiciales para la criatura o la gestante.

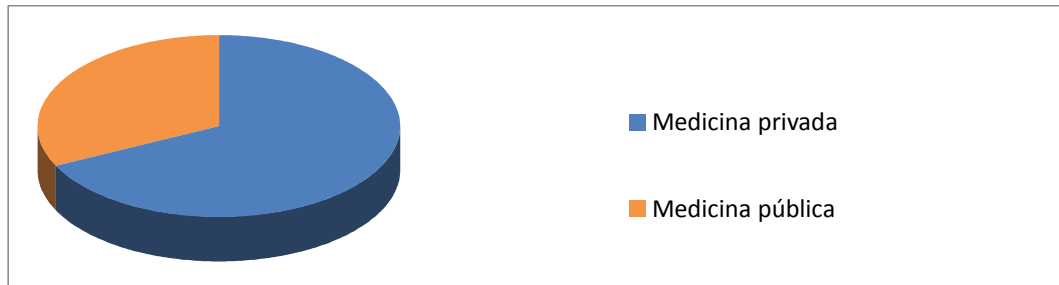
En nuestra opinión, esa connivencia de la que habla el Supremo se produce en la medicina privada como consecuencia de la relación clientelar médico-matrona. Es decir, por la falta de una relación contractual y de confianza directa entre usuarias y matrona. En el apartado de recomendaciones proponemos a las comadronas ofrecer sus servicios profesionales directamente a las futuras madres, arrendando los servicios de clínica y guardia médica.

Como conclusión, para responder a la pregunta de si las comadronas quedan exentas de responsabilidad respecto al resultado de la atención por el hecho de estar supeditadas a la dirección médica, reproducimos gráficamente los fallos de las sentencias:

Responsabilidad de la comadrona en relación con la del equipo médico



Litigiosidad: diferencias entre la medicina pública y privada



Como puede apreciarse, el número de demandas interpuestas en la medicina privada es mucho mayor, siendo la litigiosidad en este ámbito más del doble que en el público.

PARTO NORMAL, PARTO DE RIESGO

En general, la jurisprudencia cataloga como de riesgo los partos prematuros, los que siguen a un embarazo prolongado, y aquéllos en los que se han producido patologías como la preeclampsia. Además, en muchas sentencias se admite que la presencia de aguas teñidas o la existencia de cesárea previa exigen monitorización continua y vigilancia exhaustiva del trabajo de parto.

A continuación extractamos esta **sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 16ª), de 5 marzo 2003**, en la que se aprecia responsabilidad de la comadrona, junto al ginecólogo, por no realizar una monitorización exhaustiva ante la presencia de aguas meconiales. La comadrona se limitó a avisar por teléfono al ginecólogo de la presencia de líquido teñido de color amarillento al romper la bolsa y auscultar mediante Sonicaid hasta la llegada del médico, que monitoriza electrónicamente de forma continua a la mujer y extrae al niño con ventosa por sufrimiento fetal.

*“Reitera en esta alzada la Sra. Paula [comadrona] que no se trataba de un parto de riesgo, por lo que no eran precisas especiales atenciones, siendo adecuado a su entender el control de la frecuencia cardiaca del feto realizado mediante sonicaid. Insiste asimismo en que las aguas meconiales teñidas no indican necesariamente sufrimiento fetal. Argumentos que de ninguna manera justifican la interesada revocación de la sentencia apelada. Porque **aunque a priori no se tratara de un parto de especial riesgo (a pesar de que sufría la madre diabetes gestacional, controlada durante el embarazo), no puede caber duda de que la incidencia de las aguas teñidas debió haber alertado tanto a la comadrona como al médico, al ser un signo típico de sufrimiento fetal que exigía especial vigilancia.** Así lo ratificó el perito judicial D. Jorge en el informe emitido en primera instancia (folios 154 a 157 y 191 a 193), quien también consideró que ante tal incidencia lo*

procedente es monitorizar a la paciente, método de control por supuesto más objetivo que el utilizado por la comadrona y que es, en definitiva, el único sistema fiable para conocer de forma inmediata cualquier posible alteración en la frecuencia cardiaca del feto. Buena prueba de lo cual es que de tal manera procedió el Dr. José Daniel cuando se personó en la clínica tras la segunda llamada de la comadrona.”

SITUACIONES ESPECÍFICAS QUE LA COMADRONA NO DEBE RESOLVER SIN LA CONCURRENCIA DE UN MÉDICO

Distocia de hombros

Esta sentencia de la **Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sección 1ª) de 26 marzo de 2003** versa sobre una distocia de hombros que la comadrona resuelve sola sin llamar al obstetra. Su actuación se considera correcta, pero el juez aprecia responsabilidad de la Administración porque no agotó todos los recursos disponibles, cual hubiera sido avisar al obstetra:

“[...] si bien la atención prestada a la parturienta estaba siendo la adecuada, a la vista de que nada inducía a pensar (normalidad en el circunstanciado del parto, tamaño de la criatura) que fuese a producirse una distocia de hombros, lo cierto es que aparecida esta no se completó la buena disposición de la comadrona a poner de su parte toda su actividad con el aviso al obstetra para que pudiese al menos dirigir las maniobras del caso; de ese modo, hay un déficit en ese particular y así no puede ahora decirse para poder excusar la responsabilidad de la Administración que las consecuencias derivadas del funcionamiento del servicio no habrían producido un mejor resultado que el obtenido, de haberse puesto los medios aconsejados”

En un caso similar, parto inducido en el que se produce una distocia de hombros, la misma sala del **TSJ de Galicia** entiende, **en su sentencia número 87/2008, de 13 febrero**, que el ginecólogo debió atender en primera instancia y dirigir el embarazo y parto, que habían sido catalogados previamente como de riesgo. La Sala entiende que, al atenderlo la comadrona, se privó a la usuaria de su derecho a ponderar las opciones disponibles:

“En la resolución de 16 de marzo de 2006 de la Conselleira de Sanidad se reconoce la concurrencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, acogiendo todos los argumentos del dictamen del Consello Consultivo en el sentido de que no queda acreditado que en la atención sanitaria fueran aplicados todos los medios precisos, pues el medio primario y esencial en un embarazo de alto riesgo es precisamente la presencia de personal sanitario cualificado como es un ginecólogo, que es, además, el profesional indicado para ponderar la conveniencia o no de la práctica de una cesárea en el caso concreto, y a quien compete adoptar las decisiones precisas que las circunstancias requieran, por lo que, faltando tal facultativo en el parto, la reclamante se vio privada de la ponderación médica sobre la posibilidad de optar por una cesárea frente al parto vaginal, atendiendo a las circunstancias concurrentes en el caso; no se afirma, por tanto, la incorrección del parto vaginal

practicado sino que la falta de presencia de un ginecólogo privó a los padres del niño de una valoración sobre la conveniencia de una cesárea en este supuesto, calificado previamente como de alto riesgo y con sospecha de macrosomía fetal.

Por tanto, la ausencia de un ginecólogo en el parto fue causa de la pérdida de oportunidad de una valoración facultativa sobre la conveniencia o no de la cesárea en este caso calificado de alto riesgo, y asimismo sobre los actos y manipulaciones precisos, en su caso, para la extracción vaginal del feto.”

Administración de oxitócicos

En muchos de los casos estudiados fue la matrona quien, por propia iniciativa o tras sugerirlo al ginecólogo, administra oxitócicos a la parturienta. A este respecto, la **sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Civil) núm. 759/2002 de 31 julio**, comenta: “La comadrona aceleró el parto incluso ordenó la instauración ‘de un goteo occitócico’, **lo que no consta fuera acordado por el médico** en un parto, que ya no era normal, ni tampoco juzgando que lo fuera.”

No hemos encontrado ninguna sentencia que aborde expresamente la cuestión de si la comadrona puede o no administrar oxitocina sintética sin indicación médica, pero opinamos que no puede hacerlo para la inducción del parto, al tratarse de un procedimiento de riesgo que exige el C.I. escrito y que queda fuera de su ámbito competencial autónomo.

En cuanto a su uso para “estimular” o “aumentar” el parto, en nuestra opinión también está sujeto a prescripción médica y consentimiento previo de la embarazada, pues el Instituto para el Uso Seguro del Medicamento²⁴ considera la oxitocina sintética como un medicamento de riesgo. Además, la estimulación o aumento del parto requerirían un diagnóstico previo de “dinámica insuficiente”, “estancamiento”, etc, es decir, una desviación de la normalidad. Como hemos visto en la parte normativa de este trabajo, las desviaciones de la normalidad exigen que la dirección de la atención sea asumida por un médico especialista.

No podemos dejar de apuntar, aun a título de mera observación, que son varias las sentencias, como esta de la **Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 16ª) núm. 137/2005, de 9 marzo**, en las que el relato fáctico sugiere una relación inmediata entre la administración de oxitocina sintética y la aparición de signos indicadores de sufrimiento fetal:

*“[...] no es cierto que la mencionada sentencia sitúe la aparición de la bradicardia del feto a las 17,11 horas: la establece, coincidiendo al efecto con todas las opiniones médicas, a partir de las 17,35 horas, es decir, **pocos minutos después de la administración de oxitocina a la parturienta**”*

²⁴ Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (www.ismp-espana.org)

Reparación de desgarros de IV grado

En esta **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª)**, núm. 1180/2006 de 20 diciembre, el tribunal entiende que la comadrona no posee cualificación para reparar este tipo de desgarros:

“[...] la reparación del desgarro no la realiza un médico sino la misma matrona, que según el perito, tiene formación y competencia para la asistencia a un parto normal pero carece de la formación y cualificación en cirugía, requisito imprescindible una reparación quirúrgica adecuada de un desgarro perianal de grado IV. El proceder conforme a la lex artis hubiera sido avisar al médico adjunto responsable y que este suturara el desgarro [...] De lo dicho, debemos concluir sobre la existencia de un conjunto de actuaciones deficientes desde el punto de vista médico que se traducen en un anormal funcionamiento de la Administración Sanitaria y que en este particular consiste en la reparación del desgarro de grado IV por persona que no tiene competencia profesional para realizarla, como es la matrona, en lugar de practicarla un médico adjunto con experiencia a lo que se une que la reparación quirúrgica no se realizó de modo correcto.”

En este mismo sentido, acogiendo la doctrina de la sentencia anterior, abunda la **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Islas Baleares (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª)** núm. 77/2011 de 9 febrero como sigue:

“LA COMPETENCIA PROFESIONAL DE LA MATRONA PARA REALIZAR LA EPISOTOMÍA Y POSTERIOR SUTURA DE ÉSTA Y DESGARRO POSTERIOR

Ya hemos dicho que uno de los argumentos de la sentencia se fundamenta en la inidoneidad profesional de la matrona para realizar una "reparación del desgarro de grado IV". En apoyo de este argumento se cita la sentencia del TSJ de Galicia, de fecha 20.12.2006 que así lo apreciaba.

No obstante, en el caso que nos ocupa ningún informe médico ni ninguno de los peritos que han intervenido ha precisado que se hubiese producido un desgarro de grado IV (el más grave de los grados posibles). Ni siquiera el perito contratado por la parte recurrente en el informe acompañado a la demanda ha precisado con rotundidad que el eventual desgarro lo fuese de dicho grado. En consecuencia, este argumento de la sentencia que vincula la capacitación profesional de la matrona a un desgarro de grado IV, no puede ser tomado como argumento para la estimación de la demanda al no haberse acreditado que el desgarro lo fuese de dicha entidad.

No obstante lo anterior, también es cierto que no está perfectamente delimitado qué suturas pueden ser practicadas por las matronas y a partir de qué momento la sutura debe ser practicada por médico. En la Directiva 2005/36 / CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 , relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales para el apartado de la formación de matrona, precisa que en su programa de estudios se incluye la " practica de la episiotomía e iniciación a su sutura. La iniciación comprenderá una enseñanza teórica y ejercicios clínicos. La

práctica de la sutura incluirá la sutura de las episiotomías y los desgarros simples del perineo, que pueden realizarse en situaciones simuladas si llegase a ser absolutamente necesario".

Es decir, que el ámbito de la competencia de las matronas para la práctica de las suturas parece restringirse al caso de "DESGARROS SIMPLES", sin mayor precisión acerca del grado de importancia a partir del cual es precisa la intervención del médico.

En el caso que nos ocupa y en relación al grado de importancia del desgarro, se produce el primer indicio de "mala praxis" ya que en la historia no aparece la descripción de desgarros y en el informe de la comadrona a results de la reclamación, precisa que tras la episiotomía -y se entiende su posterior sutura- " se realizó revisión vaginal y anal, en presencia del marido de la reclamante, sin constatarse ningún desgarro en estos conductos".

Pues bien, esta negación de la existencia de un posible desgarro es incompatible con lo valorado por los peritos que han evacuado informe en este pleito. Incluso los peritos de la compañía aseguradora ZURICH concluyen que "la fístula tuvo su origen en un desgarro", pese a reconocer que el informe de la matrona que asistió al parto " no describe esta eventualidad ".

En consecuencia, con independencia de si el desgarro debió ser tratado por una matrona o por un médico especialista, lo relevante es que la matrona que realizó la intervención y realizó la revisión vaginal y anal, no la debió realizar correctamente desde el momento en que niega la existencia de un desgarro que los peritos (incluidos los de la aseguradora codemandada) consideran que sí debió producirse.

Lo anterior, adquiere mayor relevancia cuando se trató de un parto vaginal comprometido en atención a que el feto lo era de más de 4Kgrs., con madre primípara, concurriendo prociencia de mano, y la necesidad de maniobras para reducirla como compresión abdominal para la que se requirió la presencia del ginecólogo no inicialmente presente.

Ya hemos dicho que no se ha acreditado el grado de importancia del desgarro ni los peritos lo han encuadrado en alguna de las cuatro categorías, pero no es menos cierto que los peritos de las dos partes indican que la fístula causante de las secuelas es secundaria a un desgarro perineal.

El perito de la parte actora, sin afirmar que el desgarro perineal de la recurrente lo fuese del cuarto grado, sin embargo precisa que las fístulas rectovaginales más comunes ligadas a desgarros son las " secundarias a un desgarro perineal de cuarto grado", por lo que frente a la negación de un desgarro por parte de la matrona, se constata que sí lo hubo y además de cierta relevancia, lo que sería normal en atención al tamaño fetal y la prociencia de mano.

En definitiva, las incoherencias entre la versión de la historia clínica -e informe posterior de la matrona-, con respecto a lo valorado por los peritos respecto a las

causas de la fístula, es indicio probatorio suficiente como para entender que hubo mala praxis. Ello es así porque:

- a) o bien no se identificaron los desgarros, y con ello no se trataron adecuadamente;*
- b) o bien en el informe posterior se pretende ocultar la importancia de unos desgarros que sí se identificaron y se suturaron, pero que ahora, a la vista de la evolución negativa de los mismos, se pretende ocultar que tenían una importancia mayor.*

Ya se ha valorado en la sentencia apelada que en esta segunda hipótesis de desgarros complicados, deben ser reparados por médico especialista.

En consecuencia, tanto si se produjo la única tesis tomada en consideración por la sentencia (el desgarro fue complicado y la matrona era profesional inidónea para su sutura), como si se produjo la tesis alternativa (no se diagnosticó debidamente la existencia e importancia del desgarro), la mala praxis concurre en todo caso, por lo que procede la obligación de indemnizar.

En resumen, el TSJ de las Islas Baleares concluye que la comadrona no es competente para reparar desgarros graves y aprecia como legislación aplicable al caso la Directiva 2005/36/CE del Parlamento europeo, si bien comenta cierta imprecisión de dicha norma a la hora de definir el tipo de desgarros que puede suturar la comadrona, pues utiliza la palabra “simples” en lugar de indicar el grado.

NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO EXPRESO Y POR ESCRITO DE LA MUJER PARA LA EPISIOTOMÍA, LA INDUCCIÓN DEL PARTO O LA MANIOBRA DE KRISTELLER

Como explicábamos en la parte normativa de este estudio, La Ley de Autonomía del Paciente establece que **toda actuación** en el ámbito de la salud necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso, y que el consentimiento debe recabarse por escrito cuando se trate de “procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Siendo la inducción del parto, la maniobra de Kristeller y la episiotomía procedimientos que indudablemente conllevan esos “riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa” para la madre, para el feto o para ambos, debe pedirse el consentimiento y recabarse por escrito.

Sobre la falta de información en la inducción al parto y episiotomía, se pronuncia el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) en sendas sentencias. En lo que afecta a la falta de información a la paciente sobre la inducción del parto, la **sentencia del TSJM, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, de 26 junio de 2007**, se pronuncia en el Fundamento de Derecho Noveno en los siguientes términos:

“En el presente caso y como todas las partes admiten, dicho documento de consentimiento informado sobre la inducción al parto y los riesgos que le son inherentes no consta en el expediente, pues sólo consta el documento de consentimiento informado relativo a la anestesia epidural que hubo de administrarse a la actora en el curso del parto. Y tal ausencia documental del consentimiento informado invierte, como hemos visto, la regla general de la carga de la prueba, correspondiendo a la Administración acreditar que, a pesar de la no constancia documental, la paciente fue debidamente informada de los riesgos inherentes a dicha inducción al parto efectuada en el mes de mayo de 2002.

[...] Debemos, por tanto, concluir que no consta acreditado que se informara a la actora debidamente de los riesgos inherentes a la inducción al parto, aunque tal inducción estuviera plenamente indicada y fuera necesaria, como ha quedado acreditado en autos. Y tal omisión, debe considerarse, con arreglo a reiterada doctrina del Tribunal Supremo, como un daño autónomo que ha afectado al derecho de autodeterminación del paciente que debe ser, por sí mismo, indemnizado, como tal daño moral autónomo, independiente de los daños físicos y psíquicos que en la demanda se imputan a la atención médica recibida, por sí mismos no indemnizables, como hemos visto, por no ser un daño que pueda calificarse de antijurídico”.

Como establece la **sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000**:

“Esta situación (se refiere la citada STS a la omisión del consentimiento informado) [...] imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente, con absoluta independencia de la desgraciada cristalización en el resultado de la operación que no es imputable causalmente a dicha falta de información o de que esta hubiera tenido buen éxito, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención.

Debemos, por tanto, fijar una indemnización por el daño moral padecido por la actora por esta ausencia de información, [...] la Sala considera prudente fijar dicha indemnización en 6.010,12 euros, cantidad que se fija como deuda de valor y, por tanto, actualizada al momento presente”.

En cuanto a la episiotomía, en el mismo sentido se pronuncia la **sentencia del TSJM, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 9ª, de 20 octubre 2009**, en la que se aprecia responsabilidad de la Administración Pública por falta de información en la realización de esta intervención, aun cuando existe consentimiento informado y se afirma que resultaba necesaria y fue correctamente realizada:

“La información incide decisivamente en el derecho de autodeterminación del paciente, de modo que el cumplimiento de dicha exigencia resulta imprescindible para la asunción del riesgo por el interesado y para que venga jurídicamente obligado a soportar el daño. La jurisprudencia ha conferido a la falta de consentimiento informado del paciente o sus representantes el carácter de causa determinante de la prestación sanitaria inadecuada apta para originar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (SSTS. 2-10-1997, 4-4 y 3 y 4-10-2000, 7-6-2001, 14-10-2002, 30-3-2004 y otras).”

Según esta doctrina, la omisión del consentimiento informado priva a los interesados de la posibilidad de ponderar la conveniencia de sustraerse al tratamiento evitando sus riesgos y de asegurarse y reafirmarse en la necesidad de la medida terapéutica, imposibilitando para tener el debido conocimiento de los riesgos en el momento de someterse a la intervención:

“Esta situación no puede ser irrelevante desde el punto de vista del principio de autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud», y prosigue: «Esta situación de inconsciencia provocada por la falta de información imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente, con absoluta independencia de la desgraciada cristalización en el resultado de la operación que no es imputable causalmente a dicha falta de información o de que ésta hubiera tenido buen éxito, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención.

*Sin duda, el impreso que fue suscrito por la recurrente **[modelo de hoja de C.I. estandarizado de la SEGO para atención al parto]** no obedecía a la finalidad que asignan al consentimiento informado tanto el Derecho positivo como la jurisprudencia. La información que contiene es absolutamente genérica y omite un acto quirúrgico como la episiotomía que, si bien no se efectúa de forma rutinaria, sí en la mayoría de los partos, tal como se expresa en el informe del perito judicial.*

Concurren, así pues, los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por falta de consentimiento informado.”

RECOMENDACIONES

En la práctica clínica

Cumplir con las obligaciones documentales. Es de suma importancia documentar siempre las actuaciones que se realizan, quién las realiza, quién las indica y cuál es la indicación, con expresión detallada de los tiempos.

Información y decisión. Debe reflejarse en la HC si se informó y recabó el consentimiento de la usuaria ante una intervención y, cuando sea preciso que el consentimiento conste por escrito, solicitarlo e incorporarlo a la HC.

Complicaciones durante un parto normal. En caso de que se requiera la presencia de un ginecólogo, anotar en la HC la forma en que se requirió su presencia y el número de veces que se hizo. Insistir en el requerimiento cuantas veces sea necesario y conservar los registros de las llamadas efectuadas si los hubiera. En caso de demora, no dudar en requerir la presencia de cualquier otro profesional disponible, sea el ginecólogo de guardia en una clínica privada, sea cualquier ginecólogo presente en el centro en el caso de la asistencia hospitalaria pública.

Entidad de los desgarros. Anotar siempre en la HC la entidad o grado de los desgarros vaginales, tipo de sutura y persona que sutura. En presencia de desgarros graves, requerir siempre a un médico-cirujano para que los repare.

Emergencias. Velar por el buen funcionamiento de los equipos de reanimación y estar siempre actualizadas y preparadas técnicamente para afrontar eventualidades de riesgo vital tanto en presencia como en ausencia de profesionales como pediatras, anestesistas o ginecólogos.

Lex artis. Atenerse a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, del año 2010, y revisiones posteriores, absteniéndose de realizar actuaciones que no documentaría en la HC, como la maniobra de Kristeller, es la mejor garantía para evitar resultados adversos y subsecuentes reclamaciones y demandas.

Desarrollar las dotes de comunicación y capacidad empática. Además de adecuar su actuación a la lex artis, la segunda cualidad que más puede ayudar a la comadrona a evitar demandas y reclamaciones es ésta.

Fatiga profesional. En un porcentaje elevadísimo de los casos en los que hemos tenido ocasión de trabajar como abogados, detrás de la actuación sanitaria que produjo el mal resultado estaba la fatiga profesional. Para cuidar a los demás es preciso cuidarse a uno mismo. Los horarios nocturnos, los cambios de turno, el trato con el público y la especial responsabilidad de su trabajo exponen a profesiones como la de matrona a este importante riesgo para la salud propia y ajena. Hoy en día ya existen técnicas y experiencias grupales de autoayuda para tratar la fatiga profesional entre los sanitarios. Sería interesante que las asociaciones de comadronas ofreciesen algún tipo de soporte a sus asociadas de cara a prevenir y afrontar este problema.

Discrepar por escrito. En caso de que tengamos diferencias de criterio con otros profesionales en cuanto a la forma de actuar en una situación concreta, aun cuando estemos en una situación jerárquica inferior, por ejemplo, asistencia de la comadrona en un parto inducido en el que la dirección ha sido asumida por el ginecólogo, si observamos algún tipo de incumplimiento de la *lex artis*, tanto en el plano clínico como deontológico, podemos y debemos hacer uso del derecho reconocido en el artículo 8 de la LOPS a hacerlo constar por escrito.

En las organizaciones sanitarias

Ámbito competencial. A lo largo de este estudio hemos procurado facilitar a las comadronas criterios para distinguir con claridad los ámbitos y las situaciones en las que la comadrona actúa de forma autónoma y aquéllas en las que se convierte en un miembro más del equipo asistencial que actúa bajo la dirección y coordinación de un médico. La comadrona debe evitar la infrautilización de sus capacidades tanto como la extralimitación en sus competencias.

Medicina privada. En el ámbito privado, la comadrona debe ser consciente de que está asumiendo una responsabilidad directa en el resultado de la atención, independientemente de que el contrato de asistencia se haya celebrado entre el médico y la usuaria o entre esta y una aseguradora.

Asignación de funciones. Interesa a las comadronas solicitar, en aquéllos centros en los que no existan, las normas de funcionamiento interno consensuadas entre todos los miembros del equipo asistencial a las que nos hemos referido a lo largo de este estudio.

Acceso a puestos de gestión, cargos políticos y representación institucional. Intentar la participación en los organismos e instituciones de nivel internacional, nacional y autonómico referenciados a lo largo de este estudio resulta de suma importancia para potenciar la profesión, por ser en ellos en donde se definen, proponen, evalúan y aprueban aspectos que van a incidir posteriormente en la actividad de las matronas.. Acceder a ellos requiere designar y apoyar líderes con perfil y contactos políticos. Estos contactos no sólo proceden del entorno personal o profesional, pueden y deben crearse *ex novo* trabajando técnicas de lobby.

Es de sobra conocido que los puestos de mayor poder en la gestión se adjudican en función de la familiaridad política. Por ello, las asociaciones de comadronas deberían identificar y animar a las socias con el perfil más adecuado a integrarse en grupos políticos desde los que acceder a estos puestos.

Colegio profesional propio. En nuestra opinión, la de comadrona es una auténtica profesión, no sólo una especialidad de enfermería. Retornar al colegio profesional propio, como hemos visto, exigiría reformas legislativas para las cuales es imprescindible generar influencia política, lo que puede lograrse desarrollando las propuestas anteriores sobre acceso a cargos políticos y representación institucional.

Reclamar la convocatoria de plazas y la presencia de matronas allí donde lo recomienden los organigramas propuestos en las Guías y Documentos de referencia, como el mencionado "Documento de Estándares y Recomendaciones para la Maternidad

Hospitalaria” del Ministerio de Sanidad y Política Social. Así lo hizo un grupo de comadronas catalanas en el año 1994, interponiendo un recurso contra el Departament de Sanitat i Seguretat Social de Cataluña por no convocar las plazas vacantes de matrona para los equipos de atención primaria. La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 4ª, de 11 de Febrero de 2000 estimó parcialmente su recurso al entender que la Administración debía motivar su actuación.

Información y acción sindical. En general, los sindicatos tienen acceso con más antelación y detalle que nadie a información privilegiada sobre gestión y política sanitaria. Es interesante, para cualquier profesión que quiera desarrollarse, contar con cuantos más representantes sindicales, mejor.

Acoso. En caso de ser víctimas de acoso en relación con el ejercicio de sus funciones, las comadronas deben recurrir de inmediato a los servicios de asistencia jurídica de los colegios profesionales y sindicatos y recabar el apoyo de las asociaciones y colectivos de matronas. En cuanto a las asociaciones, deberán tener protocolizadas formas de proteger y apoyar a las comadronas que sufran situaciones injustas a causa de su actividad profesional.

En la sociedad

Dar a conocer a la población las ventajas de esta profesión. Igualmente interesante y mucho más sencillo que acceder a las instituciones y organismos es dar a conocer a las mujeres en particular y a la sociedad en general las ventajas que tiene ser atendidas por una comadrona.

No es extraño encontrarnos con mujeres que se preguntan ¿Quién es la matrona? ¿Qué hace exactamente? O expresiones como “yo pensaba que quien me atendía el parto era la ginecóloga”. Cuestiones y expresiones como estas se encuentran con frecuencia en foros de mujeres en los que se tratan temas relacionados con el embarazo y el parto, de ahí la necesidad e importancia de procurar intervenir activamente en ellos a fin de dar respuesta a estas cuestiones.

En este sentido, destacamos los siguientes enlaces de interés:

- www.crianzanatural.com/enlaces.html
- foro.enfemenino.com/forum/f89/_f606_f89-Matrona.html
- <http://porunpartorespetado.espacioblog.com/>
- <http://elembarazo.net/foro/topic/perdonen-mi-ignorancia-matrona>
- www.matronas.superforos.com Foro moderado por matronas sobre el embarazo, parto, lactancia materna...
- http://www.portalesmédicos.com/foros_medicina_salud_enfermeria/ubbthreads.php/forums/143/1/Foro_Matronas Enlace de Portal médico con información ginecológica y obstétrica.

Crear oportunidad en campos de actividad potencialmente exitosos. Por ejemplo, la rehabilitación del suelo pélvico. Si el papel de la comadrona en la atención al embarazo, parto y puerperio no es bien conocido por la población, aún es más necesario que se conozca a nivel popular su trabajo en materia de sexualidad, protección y rehabilitación del suelo pélvico o menopausia. Si las matronas desarrollan profesionalmente estos servicios, podrán competir con éxito con médicos y fisioterapeutas.

Negociar contratos de clínica u hospitalización (también llamados “de hospedaje”) con clínicas privadas, y “contratos de servicios” con las aseguradoras (para aparecer en sus cuadros). No tiene sentido que, si como hemos visto a lo largo de este trabajo, la comadrona es la profesional más apropiada y económica para atender el embarazo y parto normales, el número de matronas que figura en los cuadros de las aseguradoras y clínicas privadas sea tan escaso, y el tipo servicios que éstas prestan tan limitado.

ANEXO I

ANTECEDENTES NORMATIVOS HISTÓRICOS

La normativa relativa a las matronas es extensa y su origen se remonta a varios siglos atrás. A título ilustrativo, destacamos que ya a partir del siglo XV existen en España referencias legales sobre la formación y práctica del oficio de matrona o partera. Las Cortes de Zamora en 1434 y las Ordenanzas de Madrigal de 1448 dan cartas de aprobación a parteras para que pudieran ejercer libremente el oficio.

En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática que regulaba el ejercicio profesional a cargo del Real Tribunal del Protomedicato, el cual las examinaba. Ello aumentó el prestigio de la profesión. Y en 1541 se publica el “Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”, obra del médico mallorquín Damián Carbón, en el que se recogen las funciones de la matrona y los primeros cuidados al recién nacido. Se trata del primer tratado obstétrico-ginecológico y materno-infantil escrito en lengua castellana y el segundo aparecido en el mundo.

De fechas más recientes, debemos aludir a:

- Real Orden de 21 de Noviembre de 1861 (Gaceta de Madrid n.º 332, de 28 de Noviembre de 1861) por la que se aprueba el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. El Título de Matrona autorizaba para asistir «partos y sobrepartos naturales».
- Real Decreto de 16 de Noviembre de 1888 (Gaceta de Madrid de 19 de noviembre de 1999) por el que se aprueba una nueva reglamentación de los estudios de las carreras de Practicante y Matrona. Ejercen las pequeñas operaciones de cirugía menor.
- Real Decreto de 10 de Agosto de 1904 (Gaceta de Madrid de 12 de Agosto de 1904) por el que se reorganizan los estudios de matrona.
- Real Decreto-Ley de 9 de Febrero de 1925 por el que se dispone un nuevo servicio municipal de matronas para la asistencia gratuita a las embarazadas.
- La primera escuela de matronas fundada en España es la de Casa de Salud de Santa Cristina, de Madrid, que aprobó su Reglamento en el año 1916. La primera piedra del edificio fue solemnemente puesta por el Rey Alfonso XIII el 28 de Junio de 1904. Se constituyó como escuela oficial para la obtención del título de matrona mediante Orden de 1 de Marzo de 1940 (BOE 10/3/40). Por Decreto de 23 de Octubre de 1931 esta Escuela, donde tradicionalmente se venían formando las matronas, se adscribe a la Facultad de Medicina de Madrid.
- Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953 (BOE 29/12/53) por el que se unifican los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas en un proyecto único: Ayudante Técnico Sanitario (ATS).
- Real Decreto de 18 de Enero de 1957 (BOE 12/2/57) por el que se crea la Especialidad de Asistencia Obstétrico-Matrona para los ATS. Para acceder a esta

Especialidad se requería estar en posesión del título de ATS femenino y tener menos de 45 años de edad.

- Decreto de 17 de Noviembre de 1960 en el que se trata sobre el ejercicio profesional del ATS, Practicantes, Matronas y enfermeras, respetando los derechos adquiridos y cuyo artículo 4 señala que «las Matronas están autorizadas para asistir a los partos y puerperios normales, pero no a los distócicos», añadiendo que «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».
- La Orden de 26 Abril 1973 por la que se aprueba el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario no facultativo de la Seguridad Social, tras las modificaciones sufridas por las Órdenes de 18 Diciembre 1976, 13 Marzo 1977, 20 Diciembre 1979, 14 Marzo 1980, 30 Junio 1982, 16 Marzo, 7 Junio y 27 Diciembre 1983, 14 Junio 1984, 9 Octubre 1985, 26 Diciembre 1986 y Real Decreto 118/1991, de 25 Enero y Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 Enero.

Finalmente, la Orden de 1 Junio 1992, en desarrollo de la Directiva Comunitaria 155/80 CEE, de 21 Enero, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, relativas al acceso a las actividades de Matrona y al ejercicio de las mismas, que recoge las materias formativas, nos lleva hasta el momento actual, cuyo desarrollo es objeto de la primera parte de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Declaración universal de derechos humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217-A-III de 10 de diciembre de 1948

Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, de 1994, de la Organización Mundial de la Salud.

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. Consejo de Europa. Oviedo, 4 de abril de 1997.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Principios éticos y orientaciones para la protección de personas en la experimentación (informe Belmont). Comité de expertos nombrado por el Congreso de Estados Unidos. Congreso de Estados Unidos, 1974

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias

Ley 10/1998, de 14 de diciembre, de Colegios Profesionales de las Illes Balears

Orden Ministerial de 26 abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social

Código deontológico de la enfermería española. Consejo general de enfermería.

Directiva 80/155/CEE, del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas

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

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería

Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

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)

Circular 1/98, de 3 de febrero, de la Dirección General de Atención Primaria y Farmacia

de la Conselleria de Sanidad, sobre ordenación de las actividades de las matronas en Atención Primaria y Atención Especializada de la Generalitat Valenciana

Confederación Internacional de Matronas ICM. Normas globales para la regularización de la especialidad de Matrona 2011.

Cueto Pérez, M. «Responsabilidad de la Administración en la Asistencia Sanitaria» Ed. Tirant lo Blanch. Valencia 1997.

Hueston WJ y Rudy M. Differences in labor and delivery experience in family-physician-and obstetrician supervised teaching services. Fam Med 1995

Institute of Medicine of the National Academies. «The Future of Nursing Leading Change, Advancing Health». Report Brief October 2010

Kaufman K y McDonald H. A retrospective evaluation of a model of midwifery care. Birth 1988

López Guzmán, J, Aparisi Mirales, A. La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: Una aproximación ético-legal. DS Vol. 14, núm. 2, julio-diciembre 2006

Medina Crespo, Mariano. SepinNET. Revista Septiembre-Octubre 2007, núm. 1.

D. Hamer. «Chance would be a fine thing : proof of causation and quantum in an unpredictable world» Melbourne University. L.Rev., núm 33, 1999.

De Fuentes Bardají, Joaquín. Abogacía General del Estado. «Manual sobre Responsabilidad Sanitaria» Ed. Thomson-Aranzadi, 2009

Fernández Costales, J. «La responsabilidad civil sanitaria (médica y de enfermería)». Ed. La Ley, Madrid 1995.

Fernández Guillén, Francisca,

-“The pregnant subject as a subject of law”. Departamento de publicaciones de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Oregón, EE UU 1 de septiembre de 2009.

-Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad. Elaboración de un estudio jurídico sobre los aspectos legales de la atención al embarazo, diagnóstico prenatal y puerperio e identificación de indicadores para la Ampliación de la Estrategia de Atención al Parto Normal a los procesos en embarazo, puerperio y neonatal. Junio de 2009.

-«Parir en los hospitales españoles» Revista Mujer y Salud, número 11-12. Noviembre de 2003. Dossier “A vueltas con la maternidad” Editada por el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios).

-«El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales en ginecología y obstetricia» Revista Medicinas Complementarias, número 71. 2003.

-«La humanización del parto es una obligación legal» Revista Mujeres y Salud, nº 20. Editada por el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y

Programas Sanitarios).

Firma Díaz Regañón. «Responsabilidad objetiva y nexo causal en el ámbito sanitario» Comares. Granada 2006

Gallardo Castillo et alia. «La responsabilidad jurídico-sanitaria» Ed. La Ley, 2011

Gisbert, J.A. «Medicina Legal y Toxicología» Fundación García Muñoz. 3ª Ed. Valencia 1984.

Gudín R.Magariños, Antonio Ernesto. «Los protocolos médicos I» Revista calidad y riesgo, núm. 10. Agosto 2009

Hinojal Fonseca R, Galán Cortés JC. «Los protocolos médicos» RGD núm. 622-623 Revista Salud Rural, 1996.

Informe del departamento jurídico del Colegio oficial de enfermería de Málaga sobre el Procedimiento de matronas para ingresos y egresos de gestantes de bajo riesgo del Hospital Costa del Sol de 10 de julio de 2007

Iraburu, Marga. Con voz propia: decisiones que podemos tomar ante la enfermedad. Alianza Editorial, 2005

Jorge Barreiro, J. «Jurisprudencia Penal y Lex Artis Médica». Cuadernos de Derecho Judicial. Monográfico, núm. 1. Madrid , 1995.

Martín Bernal, JM. «Responsabilidad Médica y Derechos de los Pacientes» 1ª Edición, Madrid, Julio 1998

Documento de Estándares y Recomendaciones para la Maternidad Hospitalaria del Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes Estudios e Investigación, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009

Sánchez Caro, Javier. «Manual de casos prácticos del Área de Bioética y Derecho Sanitario» Programa online : preguntas y respuestas sobre cuestiones bioético-legales. 2009.

Sánchez González, M. A. Ética, bioética y globalizad. Madrid, CEP, 2006

Sánchez González, M. A. Historia, teoría y método de la medicina. Barcelona, Masson, 1998

Siso Martín, Juan. «Las variables jurídicas del ejercicio de la medicina. Examen de la responsabilidad sanitaria» 2008.

Tauber, Alfred I. Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility. Massachusetts, Editorial: MIT Press, 2005

Autores



Francisca Fernández Guillén

Abogada

www.franciscafernanezguillén.com

T 91 781 99 99

E ffguillen.legal@gmail.com

Licenciada en Derecho por la Universidad Complutense y Máster en Práctica Procesal Civil y Mercantil por el Centro de Estudios Financieros.

Especialista en derechos del paciente y salud sexual y reproductiva, en los últimos ocho años ha asesorado a asociaciones de usuarias, colectivos profesionales e instituciones públicas como el Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ejerce la abogacía en las especialidades de Derecho Sanitario y Administrativo.



Víctor Gonzalo Canales Santander

Abogado

www.canalesyasociados.com

T 91 781 99 99

E gonzalocanales@canalesyasociados.com

Licenciado en Derecho y Máster en Mercados Financieros por el Instituto de Estudios Bursátiles, Técnico Superior de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y Máster Oficial en Derecho Sanitario 2008-2010.

Ejerce la abogacía en las especialidades de Derecho Sanitario y Administrativo.

© Francisca Fernández Guillén, 2012