

# *Competencias profesionales de la matrona*

*SONIA UCEIRA REY*

*Matrona Hospital do Barbanza*

## 1. DEFINICIÓN DE MATRONA. ¿QUÉ ES UNA MATRONA?

«Cuando le pido a alguien que cuide mis plantas cuando me voy de vacaciones, a nadie le vendrá a la mente pensar que cuidar quiere decir dar medicamentos. Inmediatamente deberé dar las indicaciones de todo lo indispensable para que las plantas sigan vivas y esto va en función de sus hábitos de vida. Todas ellas necesitan beber, pero cada una de forma diferente. Lo mismo ocurrirá con la luz, el calor, las corrientes de aire...» (Collière, 1993, p.7).

Si preguntamos la opinión y el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios sobre la figura de la matrona, veríamos que las competencias de la matrona se atribuyen, principalmente, al proceso obstétrico normal (Saiz, 2003); probablemente si esta pregunta la dirigiéramos a la sociedad ¿Qué es lo que hace una matrona?, una gran mayoría expresaría la acción de atender partos y/o ayudar en los partos.

Cuidar a las mujeres, cuidar de su salud sexual y reproductiva, cuidarlas en el embarazo, en el parto, en el puerperio, en el climaterio... cuidarlas cuando ellas no tengan autonomía, o conocimiento para hacerlo. Cuidar a sus nuevos hijos desde la concepción hasta sus primeras semanas de vida.

Cuidar desde el respeto, desde la humanidad, desde la empatía, desde la creatividad y por supuesto desde la experiencia, la responsabilidad y el conocimiento, cuidados basados, cuando existan, en evidencias científicas.

En el año 2005 el Consejo Internacional de Matronas aprueba en Australia la definición de matrona: “La matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de un nacimiento normal, la detección de las complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de las mujeres, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.” (CIM, 2005).

## 2. COMPETENCIAS DE LA MATRONA

### 2.1. *¿Qué se entiende por competencia?*

Entendiendo competencia como “lo que una persona hace o sabe hacer”; cuando nos preguntamos para lo que es competente una profesional nos adentramos en dos grandes marcos, uno descriptivo y otro normativo. (Seguranyes, 2004).

En el marco descriptivo saber hacer es un concepto complejo que integra tres componentes:

El perfil personal determinado por la motivación, las aptitudes, los rasgos personales, la autoestima, las habilidades...

Los conocimientos adquiridos durante la formación.

Los conocimientos adquiridos en la práctica profesional.

Las primeras características son más profundas, más difíciles de medir con escalas, y por lo tanto apenas se bareman y valoran en la carrera profesional de la matrona, no por ello dejan de tener una importancia máxima en el desarrollo profesional, mientras que los conocimientos y habilidades son más visibles, y más fáciles de cuantificar.

Aunque las profesiones tienen unas competencias específicas, formamos parte de un equipo multidisciplinar, por lo que en ocasiones existen actividades en ámbitos competenciales comunes.

## 2.2. Marco Normativo de la profesión

“Los grandes cambios no se producen por ley sino por convencimiento personal” (Andrés Calvo, 2010).

Las matronas son profesionales autónomos desde el punto de vista jurídico y científico.

Muchas profesiones no tienen legisladas sus competencias; las matronas junto con farmacéuticos, arquitectos... tienen reconocidas sus competencias a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento europeo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales... (BOE, 2008).

En su artículo 55 concreta las actividades mínimas a las que la matrona está facultada para acceder y ejercer la profesión. “Ejercicio de las actividades profesionales de enfermera especialista obstétrico-ginecológica (matrona)”.

Es necesario conocer la historia normativa para entender en que situación estamos y cómo ha sido el camino para llegar a este Real Decreto.

Es en el año 2003, con la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre de 2003 (*LOPS*) y la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (el *Nuevo Estatuto Marco*), cuando desaparece la división clásica entre personal facultativo y no facultativo siendo reconocidas a los diplomados sanitarios la autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas. Los Diplomados en Enfermería están capacitados para 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, quedando como competencia específica la dirección del proceso de cuidados.

### **2.2.1 Estatuto del personal sanitario no facultativo. 1973**

El Nuevo Estatuto Marco derogó el antiguo *Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social*, de 1973. En éste se establecían, entre otras, obsoletas competencias para las matronas del siglo XXI y que se exponen a continuación para poder entender el peso que arrastra la profesión.

#### 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, así como efectuar las prácticas de educación maternal que se establezcan, dentro de las Instituciones y excepcionalmente a domicilio, y la preparación psicoprofiláctica al parto.

#### Artículo 67

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

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

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

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

El Estatuto Marco de 2003 derogó los artículos 66 y 67 del Estatuto de 1973 pero la Disposición transitoria sexta, titulada “Aplicación paulatina de esta ley”, matizaba la derogación. “Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única”.

### **2.2.2 Directiva de la CEE. 2005**

No es hasta el año 2005 cuando se publica la Directiva de la CEE que regulará las competencias de las matronas. Las Directivas son leyes europeas de obligado cumplimiento, normas jurídicas de Derecho comunitario que vincula a los Estados de la Unión, pero que el legislador concede un plazo para su implementación (transposición al Derecho nacional de cada país), para que las autoridades de cada país elijan la forma y los medios adecuados para establecer la norma jurídica en el territorio.

La profesión ha de esperar hasta el año 2008 para que se incorpore al Ordenamiento Jurídico Español la normativa europea.

### **2.2.3 Real Decreto 1837/2008**

El Real Decreto 1837/2008, incorpora al régimen jurídico español la Directiva 2005/36, que dice que los Estados miembros garantizarán 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 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.

### 3. ¿QUÉ ES UN PARTO NORMAL?

“No hace falta recordar que el mundo de la procreación es, por definición, un mundo de salud, por más que la reproducción asistida y el genoma humano permitan el acceso de una minoría, el parto es una experiencia de un exquisito y refinado equilibrio fisiológico” (Vidal, 2005 p. 101)

No vamos a debatir lo que se entiende como parto humanizado, parto no intervenido, parto natural, parto no medicalizado... quizás definir un proceso de tan diversas maneras pueda llevarnos a errores, confusiones o malos entendidos, en ocasiones incluso a rechazo.

Cuando les preguntamos a las mujeres que ya han parido, ¿cómo fue tu parto?...

Muchas responden, “normal” más tarde te cuentan o leemos en la historia clínica que fue un parto instrumentado con un fórceps, con una ventosa, que le pusieron anestesia epidural, que le administraron oxitocina a través de un gotero... para muchas mujeres

eso es normal, que esas actuaciones se realicen no quiere decir que ese parto haya sido normal.

Para entender que la responsable de un parto normal es la matrona es necesario exponer qué entendemos por un parto normal.

Un parto normal es aquel que “se inicia espontáneamente, de bajo riesgo al comienzo del parto y que se mantenga como tal hasta su finalización. El/la niño/a nace espontáneamente en presentación cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”. (Sergas, 2008)

Desglosemos y analicemos esta definición:

**Inicio espontáneo.** Implica que el inicio del parto no ha sido provocado (inducido) ni con fármacos, ni con el gotero (que es como coloquialmente se denomina a la administración de oxitocina sintética con un sistema en infusión continua), ni rompiendo la bolsa de aguas de una manera artificial... es la fisiología y naturaleza del cuerpo el que establece que una mujer inicie su parto.

**Bajo riesgo.** Existen clasificaciones para determinar el nivel de riesgo obstétrico en el que se incluye a una gestante. Se valora si están presentes o ausentes determinados factores de riesgo, y según el número de factores de riesgo o su categoría se determina si ese embarazo es de bajo, medio, alto o muy alto riesgo. Estas clasificaciones no son universales ni están consensuadas para todo el territorio. En el documento, “Estrategia de atención al parto normal” (MSC, 2007) describe una gran variabilidad a la hora de cuantificar el porcentaje de partos de alto riesgo, tanto entre comunidades autónomas, (con un rango que oscila del 28,4% al 52,3%), como entre hospitales dentro de una misma comunidad autónoma, con un rango que llega a oscilar del 80% al 20% de partos de alto riesgo dentro de una misma comunidad.

Cabe analizar en qué medida esta variabilidad puede ser explicada por múltiples motivos que van desde aspectos vinculados con la definición operativa de “alto riesgo” a las diferentes modalidades de respuesta asistencial brindada por los establecimientos sanitarios.

Que se mantenga como tal hasta su finalización. Cuando se establece que una mujer está de parto puede que lo que se iniciaba dentro de la categoría de bajo riesgo, por

sucesos o acciones que transcurren durante el parto, se modifique en su catalogación y pase a considerarse un parto de riesgo. Son acciones que incrementan el riesgo: la administración de analgesia epidural, la administración de oxitocina durante el trabajo de parto, un registro cardiotocográfico con sospecha de alteración del bienestar fetal, presencia de aguas meconiales... etc. Es en ese momento en el que el parto deja de ser de bajo riesgo cuando nuestros compañeros y compañeras obstetras, expertos de la patología, han de asumir la dirección del parto, manteniendo las matronas todas sus demás competencias.

El/La niño/a nace espontáneamente, en presentación cefálica, entre las semanas 37 a 42 completas y después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

La comadrona es una profesional autónoma, con competencias, estando plenamente capacitada para la atención del parto normal.

#### 4. EVIDENCIA CIENTÍFICA: UN DEBER DE LOS PROFESIONALES

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud recoge la exigencia a la que están sometidos las y los profesionales sanitarios para actualizar sus conocimientos y afrontar el desafío de discernir los aspectos que han de ser incorporados a la práctica clínica a la luz de las evidencias científicas y desechar obsoletos pero arraigados modos de actuar. (MSC, 2007).

Por otro lado, 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.».

David Sackett (1996) definió la Evidencia como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”, no es suficiente para ser un profesional competente con tener una gran experiencia clínica o ser muy sensible o humano con las mujeres a las que cuidamos, no sólo es necesario actualizarse, sino que en algún momento de nuestra carrera profesional nos van a pedir explicaciones por una determinada actuación y ésta ha de ser llevada de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible en el momento de la acción.



Es necesario tener en cuenta que ni tenemos ni tendremos nunca pruebas evidentes de calidad para todas nuestras actuaciones, que hay un mundo de incertidumbres para el que no existe evidencia científica, pero que eso no nos puede llevar a la ignorancia, cuando, existiendo evidencia científica, el profesional o bien la desconoce o aún conociéndola utiliza otras técnicas contrarias a la misma.

La medicina basada en la evidencia ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad. (MSC, 2010).

Las guías de práctica clínica examinan la evidencia a favor o en contra de las prácticas más comunes relacionadas con la atención al parto normal. Se elaboran con el propósito de orientar sobre los mejores cuidados a proporcionar a las mujeres sanas y sus bebés durante el parto y el nacimiento, estableciendo recomendaciones basadas en la evidencia y su evaluación razonada. En ningún caso pretenden sustituir el juicio clínico de los profesionales. (MSC, 2010).

Las matronas han de ser competentes y actuar con la mejor información científica disponible -evidencia- para aplicarla a la práctica clínica.

## 5. CÓDIGO DEONTOLÓGICO, RANGO DE LEY

El artículo 4.5 de la LOPS ha elevado las normas deontológicas al rango de ley, al establecer que “los profesionales tendrán como guía de su actuación el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas”. Las obligaciones deontológicas de las matronas están recogidas en el Código Deontológico de la Enfermería Española (Consejo General de Enfermería de España, 1998), que dice en su artículo 58 que «No debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia o en demérito del cumplimiento de sus propias funciones». En su artículo 59 refiere que “nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados”, y en su artículo 63 indica que “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”. “Una matrona, 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". (Fernández, 2008).

Se debería reconocer la propia autonomía y capacidad de tomar decisiones de las matronas, hechos que repercutirían de forma positiva en la autoestima y gratificación profesional.

## 6. CONCLUSIONES

La matrona es una profesional responsable y trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo, cuidados y consejos necesarios durante el embarazo, parto y puerperio; dirigir los nacimientos es responsabilidad de la matrona, así como proporcionar cuidados al neonato y al lactante.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad.

Las matronas son profesionales autónomos desde el punto de vista jurídico y científico.

Las matronas son profesionales con competencias propias.

Las matronas tienen reconocidas sus competencias a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento europeo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

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 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.

Un parto normal es aquel que “se inicia espontáneamente, de bajo riesgo al comienzo del parto y que se mantenga como tal hasta su finalización. El/La Niño/a nace espontáneamente en presentación cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”.

Las matronas han de ser competentes y actuar con la mejor información científica disponible – evidencia- para aplicarla a la práctica clínica.

Es necesario garantizar la autonomía profesional de las matronas y el ejercicio de las competencias propias de su profesión.

### Agradecimientos:

A las madres y padres que con su esfuerzo personal han impulsado e impulsan mejoras en la atención al parto y al nacimiento.

A los profesionales que a diario y en ocasiones con dificultades trabajan para ofrecer una atención de calidad.

A las matronas que han trabajado y trabajan para el desarrollo de nuestra profesión.

### BIBLIOGRAFÍA

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill.

Consejo General de Colegios de DE de España. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*.

Consejo Internacional de Matronas. (2005). *Definición de ICM de la Matrona*. Disponible en : [http:// federación-matronas.org](http://federación-matronas.org) [consulta 2010, 10 octubre].

Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo de 7 de Septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Sección 6. Artículo 42. Ejercicio de las actividades profesionales de matrona. *Diario Oficial de la unión Europea*. 30.9.2005. L 255/45.

*Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social*, de 1973. Sección 4ª. *Funciones de las Matronas*.

Fernández Guillén, F. (2008). *Importancia de potenciar el trabajo de las comadronas y su autonomía profesional para mejorar la atención al parto* [en línea]. Disponible en : <http://elpartoesnuestro.es> [consulta 2010, 10 Octubre].

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE* nº 280 de 22 de Noviembre. p 41442-41458.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *BOE* nº301, de 17 de Diciembre. P 44742-44763.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal*. Madrid: Centro de Publicaciones.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2010

Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Sección VI. Artículo 55. *BOE* nº 280 de 20 de Noviembre de 2008, p 46185 a 46320.

Sackett, D; Rosenberg, W; Muir, J; Haynes, R; Scott W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't?. *BMJ*. 312 (71).

Saiz, S; Martín, E; Álamo, G; Concejo, S; Martín, I; Poza, L; Romero, B. (2003). Opinión de los profesionales Sanitarios sobre la especialidad de matrona. *Matronas Profesión*. 4(14), 23-28.

Seguranyes, G. (2004). Las competencias de las matronas. *Matronas Profesión*. 5 (15), 4-4.

Vidal Puertolas, A. (2005). *Ser llevadora: una manera de pensar*. Marc Conceptual meridional per a la professió de la llevadora.

Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. (2008). *Guía Técnica do proceso de atención ao parto normal e puerperio*. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Versión 1. División de Asistencia Sanitaria.