



matronas hoy

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 1 Nº 1 AÑO 2013

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

DOCUMENTO ESPECIAL



PRIMICIA

XVI CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

Zaragoza 6, 7 y 8
de junio 2013

SUMARIO

La huella de las matronas en el
callejero español

La Ley de Salud Sexual y
Reproductiva y su influencia en las
interrupciones voluntarias del
embarazo en España

La matrona ante la violencia de
género. Propuesta de una
intervención preventiva desde la
Unidad Docente de Salamanca

Código Deontológico de las matronas

Nuevos marcadores ecográficos en
diagnóstico prenatal

Entrevista a M^a Teresa Gil Urquiza

XVI Congreso Nacional de Matronas
2013

Curso de osteopatía gestacional

CAMBIAR



Calidad

Contamos con los mejores autores: M^ª Paz Mompart, Pilar Arroyo, José M^ª Rodríguez Dacal, Elías Rovira...



Método

Toda nuestra formación está acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continua.



Actualidad

Todos nuestros contenidos han sido editados entre 2008 y 2012.



Flexibilidad

Estudia desde tu casa, desde el lugar que elijas y a la hora que mejor te venga. Sólo tú conoces cuándo empiezas y cuándo acabas.



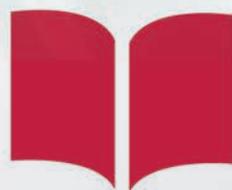
Garantía

Más de 25.000 ex alumnos avalan nuestra experiencia docente.



Mejor precio

Como siempre, en DAE nos esforzamos día a día por ofrecerte los mejores servicios a un precio justo. Así, te garantizamos la **FORMACIÓN ACREDITADA** de mayor **CALIDAD** al mejor **PRECIO**.



auladae
Grupo Paradigma



La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español y portugués son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de:



Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

902 22 01 02

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual

	España	Extranjero
Personal	36 €	54 €
Instituciones	54 €	67 €
Estudiantes	29 €	36 €

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEC

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<http://revista.enfermeriacomunitaria.org/normasDePublicacion.php>

ISSN: 1988-574



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Ma^a Plata Quintanilla

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga



Sumario • Summary

Vol. 1 - nº 1 marzo-mayo 2013

Editorial

4

Originales

- La huella de las matronas en el callejero español..... 5
 Rosa Mª Plata Quintanilla, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
- La Ley de Salud Sexual y Reproductiva y su influencia en las interrupciones voluntarias del embarazo en España.. 21
 Encarnación Martínez García, Mª Dolores Pozo Cano, Elena Ávila Cuadros, Emilio González Jiménez
- La matrona ante la violencia de género. Propuesta de una intervención preventiva desde la Unidad Docente de Salamanca 31
 Mª del Mar González Fernández-Conde, Fabiola Fraile Alonso, Elena Fernández Vega, Lorena González Pardo, Laura Merino Rúa

Aula

- Nuevos marcadores ecográficos en diagnóstico prenatal 37
 Coral Bravo Arribas, Juan de León-Luis, Francisco Gámez Alderete

Documento especial

- Código deontológico de las matronas españolas 44
 Asociación Española de Matronas

Aquí y Ahora

- Entrevista a María Teresa Gil Urquiza (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander) 49

Agenda

- XVI Congreso Nacional de Matronas 2013 53
 Curso de Osteopatía gestacional 54

Normas de publicación

55

Editorial

Se cumplen 30 años del lanzamiento del número cero de **matronas hoy** y hemos de situarnos en el contexto en el que se produce esta edición: en aquel momento en España no existía ninguna publicación específica para matronas y no contábamos con los medios de comunicación actuales para estar informados con facilidad, rapidez y de una forma prolija.

La Asociación Española de Matronas sintió la necesidad de implicarse en una tarea de esta envergadura para rellenar este hueco formativo, de comunicación y de refuerzo del corporativismo, este último tan vapuleado tras la pérdida de los colegios profesionales de matronas, en 1977. La Asociación ya había entendido la imperiosa necesidad de asociarse en defensa de la profesión y los intereses de las matronas como colectivo con identidad, aspiraciones, reivindicaciones y formación propias y en su andadura como sociedad científica que, por entonces, apenas era de cuatro años. Así, con escasos medios económicos, mucha ilusión y grandes esfuerzos sacamos a la luz esta revista que, al cabo de los años, si cabe, nos produce más orgullo al comprobar que desde siempre plasmó una visión clara y realista de futuro y deja constancia de una lucha constante en defensa de esta profesión, a pesar del desproporcionado trajín frente a los logros conseguidos.

No sobraba ni dinero ni tiempo, pero lo cierto es que cuando uno está comprometido y pone todo su interés en algo, consigue arañar minutos a su rutina diaria, lo que hicieron las personas que, de forma desinteresada y, en sentido estricto de la palabra, "por amor al arte", al embarcarse en este enorme reto de publicar una revista profesional. La revista se distribuía entre las matronas asociadas, pero el pro-

yecto pretendía mayor alcance: que todas las matronas españolas recibieran en su casa la publicación de forma gratuita.

Asumir los costes de una tirada de 5.000 ejemplares era absolutamente inviable para la Asociación Española de Matronas, como para cualquier asociación. Pero la solución al problema llegó en el año 2000, cuando contactamos con Ediciones Mayo y acordamos sacrificar **matronas hoy** a cambio de una nueva revista que llamaríamos *Matronas profesión* y que llegaría a todas las matronas de España porque tenía empresas patrocinadoras, al tiempo que el editor tendría su negocio.

Doce años después de esta decisión, y con otras oportunidades basadas en nuevas tecnologías, estamos en condiciones de retomar la publicación y volver a editarla en formato on line, mediante el acuerdo alcanzado con el Grupo Paradigma. La revista tendrá periodicidad trimestral, con posibilidad de acceso para todo el colectivo.

En la actualidad las circunstancias han cambiado y un número creciente de matronas investiga y realiza trabajos que precisan soportes para ser publicados. Con esta nueva etapa de **matronas hoy** facilitaremos la posibilidad de publicar y la realidad de contar con un recurso más de formación continuada, al que tendrán acceso todas las matronas de España. Nuestro mayor deseo es que sea de la mayor utilidad al colectivo.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora de Matronas hoy



¹ Rosa M^a Plata Quintanilla
² M^a Ángeles Rodríguez
 Rozalén

La huella de las matronas en el callejero español

¹ *Matrona. Vicepresidenta de la Asociación Española de Matronas* E-mail: rplataq@gmail.com
² *Matrona. Presidenta de la Asociación Española de Matronas*

Nota: este artículo ha sido extractado de la ponencia presentada en el XV Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas (Madrid, junio de 2012).

Resumen

El nomenclátor de las calles refleja de alguna forma la historia propia de los lugares a los que pertenece. Indudablemente, estos nombres están considerados como una importante parte de la memoria e historia cultural de un pueblo.

Como bien es sabido, las denominaciones de las calles tienen su origen en infinidad de circunstancias que abarcan desde hechos históricos memorables, demarcaciones espaciales, agrupamientos gremiales, hasta personajes famosos, cargos relevantes, profesionales, evocaciones religiosas, etc., aunque también se podría asegurar que ninguna de las referencias es ajena a los movimientos socio-culturales y, sobre todo, políticos imperantes.

A las autoras nos cupo pensar que las mujeres que se han entregado a la tarea de asistir a las parturientas han sido personas omnipresentes en el devenir histórico de la atención femenina y, por tanto, personas destacadas por su contribución social. Por esto, y a pesar del inconveniente de que se tratara de mujeres en una sociedad androcéntrica que las hacía más invisibles, han querido buscar si existían huellas de la profesión de matrona en el callejero de España.

Palabras clave: comadre, partera, comadrona, matrona, madrina, *comare*, *emagin*, calle, calles con nombre de matronas, memoria, historia cultural.

Abstract

Midwives' footprint on Spanish street guide

In a way, street names reflect the evolution of places they belong to. Undoubtedly, such names are a significant integral part of the memories and cultural history of a nation.

It is well known that street names are based on very different origins, including memorable historical facts, site demarcations, guilds, famous celebrities, significant positions, authoritative professionals, religious evocations, and others, although it can also be stated that none of such reminiscences is unrelated to social and cultural movements and, particularly, to prevailing politicians.

The authors thought that women helping other women in labor have been omnipresent throughout the history of women care, making them distinguished and renowned people due to their social contribution. Thus, in spite of a male-centered society making them more invisible, the authors have looked for midwives' footprints on the Spanish street guide.

Key words: *midwife, street guide, midwives street name, memories, cultural history.*

Introducción

En el presente estudio se ha realizado una revisión del callejero español localizando los términos comadre, partera, comadrona, matrona (1), madrina (2), *comare* (3), *emagin* (4), llevadora (5), *comadroa* (6), y se ha intentado abarcar todo el inventario de idiomas nacionales y su evolución lingüística, acorde con la profesionalización del término en castellano.

Asimismo, se ha llevado a cabo una búsqueda de noticias en la red referentes a homenajes a matronas, parteras, etc., con confirmación posterior a través de ayuntamientos y archivos municipales de la concesión oficial de la nominación del espacio público en cuestión. Por la limitación de espacio, se omite la reseña de todas y cada una de dichas calles, que próximamente aparecerán en la edición de un libro que se está elaborando dado el interés que ha suscitado entre profesionales conocedores de este trabajo, entidades culturales y municipales que han participado en él, matronas homenajeadas y familiares de estas. Las referencias obtenidas proceden en algunos casos de entrevistas directas con las interesadas o familiares, bibliografías editadas, noticias de hemeroteca o referencias de los ayuntamientos y archivos municipales, colegios profesionales de enfermería, asociaciones de vecinos, entre otras.

Las fotografías que ilustran el artículo han sido tomadas en gran parte por las autoras, otras se han obtenido por mediación de amigos, familiares, incluso desconocidos a través de redes sociales y, también, en buen número, por empleados municipales que han respondido a la petición con una disposición que sobrepasa su obligación como funcionarios.

Precisamos que el uso del término feminizado matronas a lo largo de este artículo en absoluto excluye a los profesionales varones en esta profesión, simplemente creemos que por número, tiempo en el desempeño de la profesión (7) y conocimiento social, es más lógico este uso, habida cuenta de que además, hasta el 2011, la RAE no ha efectuado la inclusión del término *matrón* en el Diccionario de la Real Academia Española (8).

Antecedentes históricos

Desde el punto de vista que se establece en este artículo, no se considera errar el decir que la historia de las mujeres en general, y la de las matronas españolas en particular, está sumida en un silencio que induce a desconocimiento y, por ende, a infravaloración. Aunque socialmente necesarias y de forma continuada presentes desde los albores de la humanidad hasta la actualidad, la condición de mujer de las matronas en una sociedad y entorno profesional androcéntricos, ha provocado que su imagen haya quedado velada en muchos aspectos dentro del contexto social e, incluso, en el profesional.

Sin entrar en las teorías existentes sobre los orígenes del hombre moderno, nadie cuestiona que ya son millones de años de asentamiento de los humanos en el planeta Tierra y, obviamente, para poblarlo se han sucedido los nacimientos y acaso desde tiempo inmemorial, haya existido de alguna forma esa ayuda de mujer a mujer en el momento del parto y nacimiento; asistencia atribuible hoy a la figura profesional de las matronas/es. Sería pretensión vacua y absurda afirmar este extremo cuando otras cuestiones de mayor calado en relación con la presencia humana en la Tierra siguen siendo auténticas incógnitas, pero circunscribiendo el espacio "tiempo" a la era cristiana, estándar global de uso social, comercial y científico predominante en Europa, se puede revisar un periodo más preciso y cercano, aunque ya supere los dos mil años, y del que se poseen referencias escritas que lo ilustran. De ahí que, sin miedo a caer en el error, las autoras del presente artículo afirmen que la existencia de parteras está documentada, incluso antes de este periodo, a través del testimonio histórico escrito más antiguo que es el contenido de la Biblia, datado aproximadamente unos mil años antes de Cristo, y que sirve, sin relevar aquí el contenido doctrinal y religioso de la misma, para analizar el hecho histórico al que se alude.

Las parteras se mencionan en la Biblia cuando asisten a Raquel en el nacimiento de Benjamín (9) y cuando ayudan a Tamar en el nacimiento de sus mellizos (10). En el libro del Éxodo (11) también se nombra a dos que desobedecieron la orden del faraón de matar a los niños hebreos varones que nacieran. Cabe citar en la línea de los testimonios escritos más arcaicos (siglo II d. C.) los de los evangelios apócrifos en los que igualmente se menciona a la partera de forma genérica en el nacimiento de la Virgen (12), o cuando comprueba la virginidad de María (13) y con nombres propios, indicando la presencia de las asistentes Salomé y Zelomi en el parto de la Virgen (14).

De la asistencia humanitaria al oficio y de ahí a la profesionalización de los cuidados en el parto, las mujeres han estado al lado de las mujeres en el momento del nacimiento; de ahí surge nuestra pregunta: ¿qué queda de dicha asistencia y en qué forma en el imaginario colectivo?

Lo que queda obviamente son unos resultados que la historia juzga, pero únicamente unos pocos nombres propios de matrona llegan a aparecer en las páginas de la historia de España; y lo cierto es que sus manos han sido las que invariablemente conducían y recibían tanto a reyes como a plebeyos. Cabe citar algo, que por repetido no deja de ser cierto, y es que hasta el siglo XVIII, ningún hombre (médico) asistió a ninguna de las reinas de España, hasta que María Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felipe V, adopta la moda francesa de ser asistida por un comadrón y hace venir de Francia a Julien Clement, que lo hizo en compañía de la también comadrona madame de La Salle (15); posteriormente, en el parto de Isabel de Farnesio, intervendría otra

francesa, Madame Copené (16). Sin embargo, pocos nombres de matronas se han encontrado en los legajos de los archivos históricos nacionales o en los relatos de los cronistas oficiales de la corte, y lo más chocante es que estando aceptadas para asistir el parto, no lo estuvieron para dejar constancia del acto rubricándolo con su firma, potestad otorgada al primer médico de cámara de la familia real que, sin duda, aparte de otras consideraciones, por ser hombre pudo llegar a ser médico y por ser médico pudo, paradójicamente, supervisar una actividad para la que no estaba capacitado. Por otra parte, tampoco ha habido en épocas preteritas matronas españolas destacadas por sus aportes a la literatura científica, como lo fueron en su tiempo Bourgeois, Lamarche, Boivin, Siegemund, etc.

La forma es un abanico de maneras de expresión particular y colectiva de los sentimientos, entre los cuales, enmarcado en la cultura del recuerdo, podemos citar el homenaje que se tributa a las personas dedicándoles una calle.

Objetivo

El propósito de este trabajo ha sido únicamente el de dar a conocer otro aspecto derivado de la asistencia de las matronas: el reconocimiento por su actividad hacia personas en concreto o del colectivo en general. Se matiza este punto al observar, a raíz de emprender este estudio, la movilización suscitada por las recientes políticas de igualdad empleadas, además, en conseguir la paridad también en el callejero; en ningún momento el ánimo que ha conducido la presente investigación ha estado guiado por el de la reivindicación feminista por la igualdad.

Sin duda la igualdad es un derecho que siempre debería haber estado asentado en una sociedad conformada por hombres y mujeres, pero puesto que no ha sido así, todos cuantos de forma particular y/o colectivamente trabajen para lograrlo, merecen desde aquí el aplauso de todos. Aun así, se insiste en que lo único que mueve a las autoras a llevar a cabo este trabajo es el profundo sentimiento que tienen por la profesión que desempeñan, ambas son y ejercen como matronas, y quieren hacer visible la contribución de este colectivo al bienestar social y específicamente a la salud materno-infantil, recompensada algunos casos, con el homenaje del recuerdo popular en sus calles.

Desarrollo

Es cierto que entre estas calles que se han encontrado dedicadas a las matronas hay pocas que daten de muy antiguo. La mayoría de rotulaciones son bastante recientes, muchas de ellas se hallan ubicadas en pequeños pueblos y localidades, y no suelen ser vías principales, pero todas tienen el denominador común del profundo afecto, respeto y agradecimiento de la gente que ha valorado como algo ines-

timable la entrega y la generosidad de estas mujeres que ayudaron a la vida. Prácticamente en la mayor parte de las ocasiones ha sido la ciudadanía la que ha solicitado a las autoridades municipales la concesión de tales distinciones.

Las parteras, o comadronas, no han sido las autoras de los grandes descubrimientos, famosas artistas, literatas, personajes de renombre social, etc. Han sido en su mayoría trabajadoras humildes, esforzadas, sin horarios y en muchos casos con escasa o nula retribución dineraria; pero a cambio han tenido el privilegio de desempeñar un trabajo sin igual, entrañable y necesario, en los momentos más importantes de la vida de las mujeres y sus familias. En buen número de ocasiones, su aportación se ha traducido en una huella más indeleble todavía que el propio reconocimiento social materializado en una dedicatoria urbana, que es la de la gratitud sincera y perdurable en los corazones de estas mujeres-familias atendidas.

Es sabido que el callejero español ha sufrido numerosas transformaciones en su nomenclátor desde que se instaurara el uso necesario de rotular las calles a medida que los núcleos poblacionales crecían, y en demasiadas ocasiones dichos cambios, invariablemente producto de la moda y/o el momento político-social principalmente, han hecho perder de vista parte de la identidad histórica arrancando, en parte, las raíces del conocimiento.

Es probable que originariamente existieran muchas más vías públicas dedicadas a matronas (y parteras), pero tras los cambios que se producen a lo largo de los siglos, han ido desapareciendo para ser sustituidas por nombres de personajes o circunstancias históricas de relumbrón, aunque en muchos casos cuestionables y de un brillo, si es que lo tuvieron, efímero. Un estudio realizado en el 2007 en treinta ciudades de once Comunidades Autónomas concluye en que solamente un 5% de las calles españolas evoca el nombre de una mujer (17). La idiosincrasia religiosa del pueblo español se refleja en el nomenclátor, ya que son las advocaciones de la Virgen y los nombres de las santas los más numerosos y, seguidamente, los de las grandes heroínas y miembros de la realeza o de la aristocracia, pensadoras, escritoras y artistas, y alguna que otra dedicada, más recientemente, a las protagonistas del mundo de la farándula.

En la búsqueda que se ha llevado a cabo, se ha encontrado además del honor plasmado en los nombres de las calles, otros espacios (parques, jardines), edificios públicos (escuelas, centros de salud, centros sociales) y elementos urbanos, que se incluyen en el presente trabajo porque forman parte del paisaje callejero sobre el que se trata. También y aunque no es tema de este estudio, se han conocido un buen número de matronas homenajeadas con distinciones prestigiosas: Medalla Castelao, Medalla de oro al Mérito al Trabajo, Hija Predilecta, Hija Adoptiva, Medalla a la vocación y compromiso, Petelo de Ouro, Premio Mujer Rural, Cruz de Sanidad, Premio Xera, Argenta de Franquis, etc. Además de

estos reconocimientos también se han encontrado referencias de buen número de colegas que, independientemente de la sencillez del acto, igualmente han recibido el homenaje público de sus conciudadanos.

Contexto sociosanitario de las matronas

Nos parece ineludible delimitar el contexto socio-sanitario en el que estas mujeres desempeñaban su labor sanitaria en el pasado más inmediato, lo que sin duda explicará las dificultades con las que se encontraban parturientas y familias, parteras y comadronas, y por ello precisamente, la labor de estas últimas, profesionales o solo con el oficio aprendido de forma empírica, ha de ser más valorada.

Las primeras reformas sociales directamente interesadas en la mejora y bienestar de la clase obrera se producen a partir de 1900, momento en que se instaura el primer seguro obrero (18). Años más tarde, a partir de 1923, se estableció de forma provisional un subsidio de maternidad para las mujeres obreras que consistía en proporcionar asistencia gratuita de un médico o de una comadrona y en el pago de una indemnización diaria suficiente "para su manutención y la del niño en buenas condiciones de higiene". Esta norma transitoria dio lugar al Seguro Obligatorio de Maternidad de 1929, que representó una mejora importante, pues se introdujo la retribución de la baja por maternidad; antes, como se ha dicho, era una cantidad mínima para mantenerse, lo que obligaba a muchas mujeres a reintegrarse al trabajo nada más dar a luz (19).

No hay que olvidar que estos derechos de asistencia profesional solamente eran para las mujeres trabajadoras asalariadas, con lo cual significaba que la gran mayoría carecía de esta posibilidad.

El sistema de asistencia sanitaria como hoy se conoce no existió hasta 1942, lo que se materializó en el seguro de enfermedad que tenía un mayor alcance, aunque no universal, como del que se disfruta actualmente.

En relación con las instituciones sanitarias, se sabe que no es hasta la época de los sesenta, en que se produce la fuerte evolución de la atención sanitaria, en la que se incluye la creación de numerosos centros para dar asistencia a la población. Hasta esos años existían apenas casas de socorro, pequeñas clínicas privadas, hospitales provinciales no siempre a mano, por distancia y economía, de los enfermos y, en este caso, de las parturientas.

Formación, actividad y retribuciones de las matronas

Por la naturaleza de su profesión, las matronas estaban obligadas a estar permanentemente localizables. Al igual que para la mayoría de la población, sus pies eran el medio de locomoción y su sustento provenía de los escasos ingresos de

su trabajo. Como dato curioso, según una tarifa de honorarios del Colegio de Enfermería de Alicante de 1930 a la que se ha podido acceder, la matrona podía cobrar por un parto normal (incluidas las visitas durante ocho días de puerperio) 25 ptas., 50 si se producía en horario fuera de la jornada médica (20 h-8 h) o fuera de la población, etc. (20).

En cuanto a la formación de las matronas, de todos es sabido que el oficio fue transmitido entre mujeres con el ejercicio de la práctica. En las investigaciones que se han llevado a cabo se han encontrado legajos en los archivos generales del Palacio Real que apostillan esta información, siendo de natural consideración incluso por su majestad la reina esta transmisión de saberes (21).

Por otra parte no hay que olvidar que el número de matronas, a partir de que se regula la formación, siempre fue insuficiente para una población creciente. Ortiz Gómez cita en su artículo "Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX" (22) que "no hay noticias del número de títulos expedidos a matronas hasta 1853. Desde entonces y hasta 1860, se concedieron 170 títulos", cuando la población española superaba ya los 15.500.00 de habitantes. La escasez de mujeres para ejercer este trabajo, que aumenta por la supresión de la formación en el periodo 1987-1994, tras el cual se reinició, es palpable a la vista de los datos que se muestran en la Tabla 1.

España es un país con desigual distribución poblacional. Hasta no hace muchos años, antes de la mejora de las comunicaciones, había muchas zonas rurales especialmente alejadas de las poblaciones importantes y, por tanto, sujetas a un substancial aislamiento de todos los servicios necesarios.

Con este estado de cosas es fácil entender la situación de las mujeres embarazadas y parturientas y el esfuerzo de las matronas, o en su ausencia, de las asistentes que actuaban como tal.

El pueblo en general ha sabido honrar a estas profesionales con el tributo de su reconocimiento. Muchas de las personas entrevistadas han ensalzado no solamente los éxitos de su trabajo, sino además la generosidad que estas mujeres sumaban a su labor: tiempo, afecto e incluso cosas materiales cuando, conscientes de la falta de recursos de las familias atendidas, ellas mismas les entregaban a las parturientas necesitadas lo poco que tenían en su propio hogar, para paliar en la medida de lo posible las muchas veces mísera situación de las familias, tanto más, con la llegada de otra boca al núcleo familiar.

Calles, espacios y edificios públicos con nombre de matronas

Dada la limitación de espacio para la publicación, se va a presentar una recopilación de calles y únicamente se comen-

Tabla 1. Distribución de títulos de matrona (1987-2011)

Año	Nº habitantes ¹	Títulos matrona ²	Plazas ofertadas formación ³
1987-1994		Cierre U. D.	
1994	40.229.598	6.105 ³	174
1995	40.460.055	6.072	186
1996	39.669.394	6.314	161
1997	Sin datos	6.095	101
1998	39.852.651	6.387	183
1999	40.202.160	6.344	97
2000	40.499.791	6.439	197
2001	40.847.371	6.453	117
2002	41.837.894	6.547	204
2003	42.717.064	6.764	229
2004	43.197.684	6.698	297
2005	44.108.530	6.764	314
2006	44.708.964	6.868	320
2007	45.200.737	7.057	357
2008	46.157.822	7.216	355
2009	46.745.807	7.354	414
2010	47.021.031	7.580	435
2011	47.190.493	7.713	445

1-2 Fuente: INE.
3 Fuente: BOE. La primera oferta de plazas para U. D. Docentes de matronas se presenta en 1993 para iniciarse el curso 94-96. Se han colocado deliberadamente las plazas acreditadas el año anterior del año de inicio de la especialidad

tarán, por su antigüedad o curiosidad, algunas de ellas. Cabe señalar que no se han encontrado rastro de calles, espacios o edificios públicos dedicados a la profesión de matrona en Orense, La Rioja, León, Soria, Zamora, Valladolid ni Ávila, sin que aseguremos que esto sea así dado la dificultad que supone su localización, como más adelante explicaremos.

En Navarra se encuentran dos de las calles más antiguas: por una parte en Huesca, la de la Comadre de Graus, de la que informa su Departamento de Cultura que, "aunque no tienen soporte documental porque la mayor parte de los archivos se quemaron durante la Guerra Civil", sí confirman que "la configuración de esta calle permanece igual desde hace 700 años y su nombre, casi con toda seguridad, se deba a una partera que ejerció en la zona". El ALEANR (Atlas Lingüístico y Etnográfico de Aragón, Navarra y La Rioja) incluye el término comare, comadrona, y menciona que en Grauss debió usarse el término comare dada su situación

más próxima al límite lingüístico catalán, aunque en el nombre de la calle ha triunfado la forma castellanizada comadre, así en un archivo de 1862 está documentada la calle de la Comadre y en archivo de 1894 como calle Comadre (23).

Igualmente, la de la Comadre de Teruel de la que no hay apenas datos, pero su localización en medio de la judería indica que su ubicación es muy antigua y en el mismo caso



Calle Comadre. Graus (Huesca). Colección particular

que el anterior, cabe la posibilidad de que existiera una partera en esa calle y de ahí la nominación. Y aunque de nueva rotulación, mencionar que Zaragoza ha elegido a la famosa y reconocida matrona del medioevo Catalina Cutanda, más conocida por la madrina Salinas, para nombrar una de sus calles.



Calle Madrina Salinas. Zaragoza. Colección particular

Con la llegada a Cataluña, la búsqueda encuentra un nuevo término: llevadora, llevadores, denominación que solo en un caso (carrer de la Llevadora, de Pals) pudo inducir la investigación a error. Este fue aclarado por el Arxiu-Àrea de Cultura de Pals, desde el que se informa, en base al estudio onomástico de la doctora Anna Maria Corredor, que el topónimo "ya estaba documentado desde 1341, pero con el término llavadora y designaba un lugar con muchos huertos, agua y una zona de lavar, lo que sugiere un lugar para lavar la ropa o un paraje agrícola muy productivo", y por tanto no tendría nada que ver con el término llevadora como profesional de la atención al parto.

La Comunidad Valenciana ha sido generosa con sus matronas y parteras, en este caso *comares*, y de esta tierra se destaca por su antigüedad (siglo XV) la calle de la Madrina de Valencia. Damiá Carbón, en su libro, ya deja constancia de la denominación de comadres o madrinas, término utilizado en el reino de Valencia en el Medioevo. Esta calle concretamente ha sido objeto de un estudio encabezado por una matrona en el que se asegura con fuentes documentales que su origen se atribuye a una comare de nombre Na Pascuala y data, al menos, de 1409 (24).



Calle de la Madrina. Valencia. Colección particular

A continuación, la marcha de la investigación se detiene en la Comunidad de Castilla y León en la que se encuentran

referencias de la calle Comadres y travesía Comadres de Aranda de Duero de las que "se dice que ya en el siglo XV era llamada así, pues aparece con este nombre en los planos de 1503" y apunta la referencia bibliográfica consultada que "aunque no hay ningún dato fiable que explique el origen del nombre de esta calle, se alude como procedencia del mismo, el que en ella hubiese vivido alguna comadrona, consejera o curandera que con sus hierbas y ungüentos hubiera sido depositaria de la confianza del vecindario. Años después, en 1742, se la llamó también "calle de la Gotera", para retornar a la denominación de calle Comadres posteriormente, como se sigue conociendo actualmente (25).



Travesía Comadres y calle Comadres. Aranda de Duero (Burgos). Colección particular

Y ¡cómo no destacar la calle Dionisia Repila de Ciudad Rodrigo en Salamanca! Fue una matrona que, si bien ayudó a traer muchos mirobrigenses al mundo, sin duda esta fue una labor desconocida por la generalidad de España, que la reconoce sobre todo por un único parto, el de Eleuterio Sánchez, más conocido por "El Lute", cuya historia de fugitivo de los años sesenta ya es leyenda (26).



Calle Dionisia Repila. Ciudad Rodrigo (Salamanca). Colección particular

La siguiente parada es Extremadura de la que hay que destacar la calle de Maruja Martín Galán, por la anécdota que conllevó la nominación, pero que aún no está rotulada. Re-

cién fallecido Michael Jackson, un grupo de paisanos en tertulia debatían si este famoso merecía tener una calle en la ciudad, habida cuenta de que ya había el precedente de la calle John Lennon en la ciudad de Mérida. Francisco, uno de los tertulianos, expresó su reflexión de que hay gente que, sin ser conocida a nivel mundial, ha contribuido verdaderamente al bienestar de sus vecinos. Así se le ocurrió la idea de encabezar una campaña de recolección de firmas para el reconocimiento a Maruja Martín, apodada la "Limpiabotas" por el oficio de su padre, que ayudó a nacer a tantos emeritenses entre los que él mismo y sus hijos cuentan los entrevistados don Francisco González Alarcón, promotor de la iniciativa, y doña Ana Martín Galán, hermana de doña Maruja.

La inclusión de la calle Águilas no responde a una confusión en esta relación. Simplemente, se quiere constatar cuántos hallazgos importantes se pueden hacer al hilo de una investigación principal, tal es el caso de esta calle de la que si bien unos afirman que en ella se ubica la casa natal de Zurbarán, fuentes más fiables indican que esta, antes llamada de Las Barrigas, por aquella época estaba emplazada fuera casi del núcleo urbano. Zurbarán no pudo vivir allí, ya que su padre, hombre adinerado, poseía otras casas más acordes con su condición social y económica que hacían irrazonable adquirir este domicilio. Sin embargo, las investigaciones demuestran que había la costumbre de que las parteras sacaran de su casa a los niños para bautizarlos y es posible que la que atendió a la madre de Zurbarán sacara al niño de esta casa con este cometido. Obviamente, la denominación de Barrigas le venía porque era el lugar adonde las mujeres iban a dar a luz (27). La intervención de la matrona en el bautismo de Zurbarán ha quedado constatada en la partida de nacimiento, a través de la cual se averiguó que actuó de madrina y se ha podido conocer su nombre, María Domínguez (28).



Calle Águilas. Fuente de Cantos (Badajoz).
Colección particular

En la Comunidad Autónoma de Madrid, sin duda destacan la llamada actualmente calle del Amparo, antes llamada de la Comadre de Granada, así inscrito en los planos del Madrid del siglo XVII que, posteriormente, pasó a denominarse de la Comadre, para finalizar en el Amparo y su aldea, la travesía de la Comadre. Esta última, como puede observarse, tiene una hermosa placa de azulejos que refleja algunos de los aspectos de la labor de la partera y es precisamen-

te esa flor parte de la leyenda de este vial que también ha tenido cambios en su denominación desde 1835, año en el que recibió el actual nombre por ser una bocacalle de la Comadre de Granada.



Travesía de la Comadre. Madrid. Colección particular

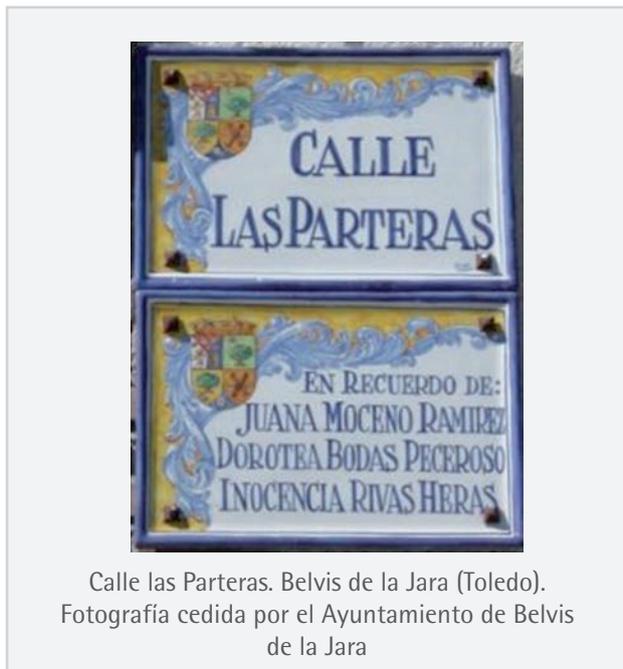
Volviendo a la calle del Amparo, antes de la Comadre de Granada, cabe decir que se barajan dos tradiciones para explicar la etimología del nombre de la misma. La primera explica que se dio aquel terreno a cierta partera granadina que asistió el parto de doña Giomar de Mendoza, dama célebre en tiempos de Felipe IV. La segunda porque cierta comadre granadina tenía una linda rosa de Alejandría que colocaba en una redoma de agua cuando asistía un parto; y lo admirable es que, si la rosa se abría, significaba que la parterista salía del paso con toda felicidad.

El nombre de Amparo, adoptado últimamente, obedece a que la referida comadre según algunos se llamaba Amparo y según otros era el amparo de los desvalidos (29).

También se cuenta que en una ocasión Amparo, la comadre de Granada, fue llamada a cuidar el parto de la mismísima reina y esposa de Felipe IV. Fue tal la gratitud de los monarcas que hicieron verdaderos favores a los tres hijos de la comadrona y en honor a ella, la calle recibió su nombre. Verdad o leyenda no deja de ser curiosa.

En la Comunidad de Castilla-La Mancha, se distingue la calle de las Parteras de Belvis de la Jara por la belleza de su placa. En el expediente de concesión de la misma, este Ayuntamiento relata que "a finales del siglo XIX y principios del XX, en su pueblo había escasez de médicos y en ese momento aparecieron mujeres que se dedicaban a ayudar a los partos en el propio hogar de las familias, incluso desplazándose a fincas o labranzas. En los años sesenta y setenta ya casi se extinguieron, pero la labor de dichas parteras fue muy útil hasta la llegada de las comadronas, la mayoría de las personas que actualmente tengan entre cincuenta y sesenta años fueron atendidas por dichas parteras. Este Ayuntamiento, en homenaje a dichas mujeres, decidió rotular una calle en agradecimiento a este trabajo bien realizado a

lo largo de tantos años, más o menos ciento veinte años y los tres nombres que figuran en la placa corresponden a los de las tres últimas parteras”.



Calle las Parteras. Belvis de la Jara (Toledo).
Fotografía cedida por el Ayuntamiento de Belvis de la Jara

Cabe destacar la elección de Albacete que ha designado a la ilustre matrona Luisa Rosado para dar nombre a una calle, aunque curiosamente no era de Albacete sino de Toledo y, además, afincada en Madrid. La cuestión es que pasó a la historia porque en 1770, aproximadamente, entabló un contencioso con el Tribunal del Protomedicato a raíz de que solicitó un permiso a esta institución para anunciarse mediante carteles. Por ello se desató un conflicto de intereses entre los cirujanos y las matronas, en este caso ella, que se saldó con poco éxito para esta comadre ilustrada, una de las pocas cuyo nombre se conoce y que ha dejado parte de su historia escrita, como se ha podido comprobar en los legajos que están custodiados en el archivo general de Simancas (30).



Calle Matrona Luisa Rosado. Albacete.
Colección particular

El pueblo andaluz ha sido generoso en el reconocimiento a sus matronas. Aquí hay un nombre de lugar, Puente de la Guareña, que aparentemente no haría pensar que estuvie-

ra relacionado con esta profesión. Sin embargo, este sitio, que es una de las barriadas más antiguas de Jerez de la Frontera, tiene su origen al igual que en otros casos, según indica su Ayuntamiento, en las chozas que construyeron los trabajadores del campo de las fincas colindantes. La designación de Puente de la Guareña, deriva del gentilicio de una partera de Guaro que, a mediados del siglo XIX, atendía a las mujeres de la zona que daban a luz y el propio puente de piedra se utilizaba para cruzar el arroyo. Esta era Isabel Fernández; en ambos casos la denominación ha sido dada por los lugareños y así lo conocen todos los vecinos, no obstante el Ayuntamiento no haya colocado las placas.

En Sevilla, los homenajes se multiplican. Otro centro de salud para una matrona y muchos nombres, de entre los cuales se resaltan dos: el de Lucía Benítez, una de las pocas que en vida pudo ver y sentir el calor de un acto como este, y el de Emilia Barral, una auténtica revolucionaria que también ejercía esta profesión. Los escasos datos que se han podido obtener parecen indicar que esta mujer es extremeña de nacimiento, dado que en alguna cita se lee que nació en Badajoz el 21 de octubre de 1902. Sevillana de adopción, se dedicó a asistir a las parturientas en esta ciudad; concretamente se la conocía como la matrona de Ciudad Jardín. Si bien a través del desempeño de su labor ya hubiera podido ser reconocida por la comunidad, parece que a estos méritos profesionales se le ha sumado su activismo político. Fue militante pionera de la Unión Republicana, junto con Luisa Portales Casamar, las dos primeras mujeres en afiliarse a esta organización, y se presentó a las elecciones de 1931 por el Partido Republicano de Martínez Barrio (31).



Calle Matrona Lucía Benítez. Las Cabezas de San Juan.
Calle Emilia Barral. Sevilla. Colección particular

Sin nombre propio, pero con mucha importancia por su antigüedad, es la calle Parteras de Écija de la que se han obtenido referencias fidedignas gracias a Marina Martín Ojeda (archivera municipal de Écija), quien ha escrito un libro

sobre las calles de la localidad. Se presenta a continuación un extracto de la información facilitada que explica que "la calle Parteras de la ciudad de Écija está documentada desde el siglo XVI como calle de la Partera en alusión al domicilio de una partera que allí vivió. Con el tiempo, el uso del topónimo se pluralizó y se generalizó, pasando a denominarse calle de las Parteras. Se ha encontrado mención a la calle de las Parteras a través de los libros de Contaduría de Hipotecas, antecedentes de los libros de Registro de la Propiedad. En los primeros padrones del siglo XVIII de Écija también se menciona la calle Parteras" (32).

Sí que es cierto que la rotulación oficial de la calle demuestra que no se hizo hasta 1816 y una cosa también importante es que el rótulo actual no es el original, que era de azulejos, similar a alguno que queda aún por la ciudad. Esta placa no tuvo la suerte de llegar a ser considerada elemento patrimonial incluido en el Catálogo de Bienes de Interés Cultural de España (BIC), algo que ha pasado con tantas otras, y así en muchas ocasiones se han cambiado placas que de suyo tenían interés artístico y/o cultural por unas que solo aportan la huella de los tiempos modernos.



Calle Parteras. Écija (Sevilla). Colección particular

En Córdoba hay un centro de salud, un parque infantil, una plaza, una escuela y una calle emblemática; en la línea de los BIC, que se han mencionado anteriormente, este es un ejemplo. La calle de los Pompeyos, también se ha llamado, por una parte, del Rector, por haber vivido en una de las casas el párroco de la parroquia de Santo Domingo de Silos, y, por otra, de la Comadre, por una matrona o partera que también habitó en aquel sitio (33).



Calle Pompeyos, antiguamente de la Comadre (Córdoba). Colección particular

Por tener, Córdoba también tuvo una matrona que murió asesinada por sus ideales: Concepción Cáceres Jurado. De los exigüos datos biográficos encontrados de esta valiente mujer, se ha sabido que nació en 1886 en el seno de una familia de talante liberal que le inculcó unos valores sociales y morales que marcarían su existencia. Recibió una importante educación, algo fuera de lo común para las mujeres de la época, y se formó como matrona, profesión que ejerció en su villa natal y alrededores. Sin embargo, esta faceta quedará de alguna manera semioculta a pesar de su profesionalidad y buen hacer en este terreno, a causa de su implicación política y su vinculación con los movimientos obreros de la zona, entre los que fue denominada la Pasionaria o la Princesa. Como matrona ejerció con tino y celo, y supo ganarse la consideración de todas las mujeres, desde las más humildes a las más encumbradas de la esfera social local. La única diferencia que había entre ellas era en cuestión de honorarios, ya que a las primeras, en la mayoría de las ocasiones, las eximía del pago de sus servicios consciente de las situaciones de precariedad económica en las que vivían, mientras que de los pudientes era de donde obtenía su sustento.

Tras la toma de la villa por las tropas sublevadas en 1936, su marido consigue huir, previendo las potenciales represalias del gobierno entrante. Sin embargo, Concepción, marcada por el nuevo régimen por sus ideas y militancia de izquierdista, fue arrestada en su casa y fusilada junto con un millar de republicanos de la zona en la ya legendaria represión salvaje de Puente Genil (34).



Calle Matrona Concepción Cáceres. Puente Genil (Córdoba). Fotografía cedida por el Ayuntamiento de Puente Genil

En Málaga se encuentra otro parque y otra escuela y numerosas placas, muchas de ellas con el nombre de comares. Desgraciadamente, aquí la etimología de la palabra comares no se corresponde con la acepción de *comare* en valenciano. En este caso el origen de *comares* se encuentra en el vocablo árabe *qumaris* o *Hins Comarix*, que significa castillo en la altura. De ahí viene el nombre de los pueblos llamados Comares, Torre de Comares, etc.; asimismo en Granada existe una calle denominada Comarex (35).

En esta provincia, cabe destacar la calle Asunción Alameda, matrona recientemente fallecida, cuya vida dedicó por en-

tero a luchar por la humanización del nacimiento y la vinculación de los bebés con sus padres desde el embarazo e incluso antes y cuya hija, Graciela Muñumel Alameda, también matrona, interesada en el presente trabajo ha colaborado con doble entusiasmo por el amor hacia su madre y por reconocimiento a la labor que se está llevando a cabo.



Calle Matrona Asunción Alameda. Málaga. Fotografía cedida por la familia Muñumel Alameda

Con otro gran salto hacia las Islas Canarias, se ha podido constatar que esta también es tierra generosa con sus muchas parteras, porque lo cierto es que hasta los años cuarenta no llegó la primera matrona a Las Palmas de Gran Canaria.

Sin duda la incomunicación en las islas ha sido un factor decisivo para favorecer la proliferación de las parteras. Ciertamente que tampoco había abundancia de médicos, lo que conllevaba, unido a la falta de medicamentos, a practicar una terapéutica basada en el uso de hierbas y remedios caseros. Los partos eran atendidos por estas mujeres conocidas como amañadas y por las propias familias. Solo en caso de gravedad había que desplazarse a pie a buscar al médico más cercano, situación que en muchos lugares de la península, por la idiosincrasia de la zona, se dio de forma más o menos similar. En muchos casos los pocos médicos que había en cada isla llevaban acumuladas las plazas de matronas.

Todas las placas de la isla de Gran Canaria están dedicadas a parteras menos la de doña Carmen, doña Cristobela María del Carmen Artilles Fleitas, conocida cariñosa y popularmente por doña Carmen la Comadrona, nacida en Telde en 1920 y que desde el año 1946, ejerció de matrona titular de la Ciudad de Telde durante 41 años, hasta que llegó la fecha de su jubilación en el año 1986. Antes de que se inaugurara la Clínica de Nuestra Señora del Pino (Las Palmas de Gran Canaria), doña Carmen atendía al año unos noventa partos en condiciones infrahumanas (a domicilio, sin luz en muchos casos, sin agua corriente, sin medios de transporte, etc.). En ocasiones, estaba obligada a regresar a su domicilio después de 42 horas de servicios para seguir atendiendo diferentes partos. Realizaba el control del puerperio (posparto), acción que no estaba contemplada ni siquiera en el catálogo de las escasas prestaciones de la Seguridad Social. De los cuatro hijos de doña Carmen, sus dos hijas han

continuado la profesión de comadrona e incluso tres nietas se suman a esta saga familiar. Fue en el transcurso de este trabajo que llegó la noticia del fallecimiento de doña Carmen a los 91 años de edad (19 de marzo 2012) (36).



Calle Doña Carmen la Comadrona. Telde (Gran Canaria). Colección particular

No puede dejarse de hacer mención a la Villa de Agüimes, que además de rotular una calle con el nombre de una partera, Antoñita La Cubana, ha erigido una escultura en honor a las mujeres que se dedicaron a este trabajo, imagen que fue de algún modo, el desencadenante que dio el impulso definitivo para poner en marcha este proyecto. Su contemplación nos produjo una sensación especial difícil de explicar; fue placidez, agradecimiento profundo hacia quienes de esta forma reconocían la labor de estas asistentes tan importantes en el momento del nacimiento. El día 12 de marzo del pasado año 2012, el Excmo. alcalde de Agüimes, don Antonio Morales Méndez, nos dirigió una carta en la que se expresaba así: "La matrona ha sido siempre una mujer muy querida y respetada en la cultura del mundo rural. Eran la tranquilidad y la seguridad para tantas mujeres que tenían que parir en sus casas, muy lejos de los centros sanitarios. Esta escultura está situada justo delante de la Residencia Municipal de Mayores y queríamos expresar también en ella los vínculos entrañables entre la niñez y la vejez. La matrona mayor que hace uso de lo vivido para hacer posible un nuevo nacimiento".



Monumento a las parteras y calle Antoñita La Cubana



Ayuntamiento de Agüimes (Gran Canaria).
Colección particular

Para finalizar, cabe destacar la curiosa placa dedicada a las parteras en la vecina isla de Fuerteventura, que explica quiénes eran las parteras para que las generaciones venideras no olviden quiénes y cómo asistían a los partos y nacimientos en las épocas pretéritas.

Conviene dejar constancia de que aunque en Asturias se haya encontrado algunas calles con el término comadres no se han incluido en el presente estudio porque su acepción en la lengua asturiana no está relacionada con el arte de asistir al parto (37).



Calle Las Parteras. Puerto del Rosario (Fuerteventura).
Colección particular

Conclusiones

Como de todos es sabido, se ha producido un cambio radical en la asistencia al parto de manera que hoy en día los nacimientos se producen fuera de la intimidad del hogar y las mujeres y familias carecen de conocimiento y vincula-

ción afectiva previos con los profesionales encargados de su asistencia. Todo esto unido en muchas ocasiones a una creciente ingratitud y falta de reconocimiento hacia la que se inclina peligrosamente gran parte de la sociedad, al mayor número de personal especializado dedicado a la asistencia al nacimiento y a la consideración de la labor de la matrona (actualmente también matrócn) como un trabajo remunerado por el que se obliga a los profesionales a ejercer su función, hace visible que ya desde hace años no se los conozca por su nombre en las calles y, mucho menos, reciban homenajes públicos como los que trata este trabajo.

Con este recopilatorio se ha querido hacer una superficial inmersión en la historia de estas mujeres poniendo de relieve la trayectoria y el valor de personas que han ejercido esta profesión (antes oficio) de interés y necesidad social que subsiste por su adaptación a las demandas sociales. Hoy la tarea de las matronas se ha ampliado y diversificado, pues ya no es solo la ayuda en el parto lo que se puede ofrecer a las mujeres, aunque se entiende que ese momento especial tiene más trascendencia para ellas y sus familias.

A lo largo de este trabajo se ha consultado innumerables notas sobre las personas que aquí se incluyen, o se han mantenido entrevistas con familiares y, excepcionalmente, con algunas de las homenajeadas que, afortunadamente, han recibido el honor en vida, y se ha podido demostrar que en todos los casos hay una constante: el amor por la profesión que se refleja en su dedicación. Este número de mujeres homenajeadas son una pequeñísima representación de las que a buen seguro lo merecen. Vaya desde aquí nuestro particular homenaje para la señora Ramona y la comadrona Fani, cuyas manos nos sirvieron de puente para entrar en nuestras respectivas vidas y de las que, desde bien pequeñas, percibimos cuan profundo recuerdo de gratitud habían dejado en nuestras madres.

Somos conscientes de que no se habrá podido sacar a la luz todas las calles actualmente dedicadas a las matronas porque, en muchas ocasiones, al nominarlas no se antepone o pospone al nombre propio la condición profesional, oficio u ocupación y es prácticamente imposible contactar con los más de 8.000 municipios españoles y que estos respondan. Pendientes de cerrar la edición que está en proyecto, seguimos buscando nombres de matronas en el paisaje urbano y nos sentiremos agradecidas si algún lector/a nos descubre nuevos hallazgos. Aun así creemos que es un buen comienzo porque pensamos que para el colectivo de matronas supone un ejercicio de toma de conciencia de nuestra identidad, a la vez que puede ser un acicate para que otros profesionales continúen esta investigación y profundicen en el conocimiento de momentos profesionales ya históricos y/o en alguna de estas personas que han ensalzado la profesión. Puede ser también un motivo inspirador para muchos ayuntamientos que amplíen o cambien el nomenclátor de sus callejeros y, finalmente, es una ocasión de ex-

presar nuestra propia gratitud a quienes nos precedieron en el "arte de partear", a quienes han sabido honrar con su afecto sincero tan encomiable y privilegiada labor, mujeres y familias, y, en nuestro caso particular, a nuestras propias madres a quienes dedicamos este trabajo.

Quizá en el recuerdo de las parturientas de hoy y de mañana no quede grabado un nombre propio de matrón/matrona, pero hagámonos merecedores de encontrarnos con esa mujer agradecida que, si bien olvidó nuestro nombre, no olvidó nuestra cercanía, nuestra ayuda y siempre nos recordará como "su matrón/matrona". Este es nuestro privilegio y nuestro reto.

Bibliografía

1. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española (RAE). 22ª ed. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://lema.rae.es/drae>
2. Carbón D. Libro del arte de las comadres o madrinas, del regimiento de las preñadas y paridas, y de los niños. Alicante: Universidad de Alicante; 1996.
3. Real Acadèmia de Cultura Valenciana. Secció de Llengua i Literatura Valencianes. Diccionari General de la Llengua Valenciana y Diccionari Ortogràfic Valencià-Castellà/Castellà-Valencià. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://diccionari.lenguavalenciana.com/entries/search/h:46d074/Search.expression:comare>
<http://www.lenguavalenciana.com/diccionari/start?word=comare&setval=1&setcas=1>
4. Euskalterm. Banco Terminológico del País Vasco. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.euskara.euskadi.net/q91EusTermWar/kontsultaJSP/q91aBilaketaAction.do>
5. Institut d'Estudis Catalans. Diccionari de la Llengua Catalana. 2ª ed. 2007. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=llevadora&operEntrada=0>
6. Real Academia Galega. Diccionario da Real Academia Galega. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.realacademiagalega.org/diccionario#search-Noun.do?nounTitle=comadra>
7. Real Decreto 2287/1980 de 26 de septiembre estableció la especialización de Asistencia Obstétrica (matrona) para los ATS masculinos.
8. Real Academia Española de la Lengua. Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Avance 23ª ed. Art. Enmendado. [En línea] [fecha de acceso: 3 de febrero de 2013]. URL disponible en: http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=g&val_aux=&origen=REDRAE
9. La Santa Biblia. Libro del Génesis. 35:17. Barcelona: Ed. Planeta; 1981.
10. La Santa Biblia. Libro del Génesis 38:24-28. Barcelona: Ed. Planeta; 1981.
11. La Santa Biblia. Libro del Éxodo 1:15-21. Barcelona: Ed. Planeta; 1981.
12. Varios autores. Evangelios apócrifos. Protoevangelio de Santiago. Capítulo 5, 2. Barcelona: Red Ediciones; 2012.
13. Varios autores. Evangelios apócrifos. Protoevangelio de Santiago. Capítulos XVIII-XIX. Barcelona: Red Ediciones; 2012.
14. Varios autores. Evangelios apócrifos. Evangelio de Pseudo Mateo. Capítulo III, 3-4. Barcelona: Red Ediciones; 2012.
15. Junceda Avelló E. Ginecología y vida íntima de las reinas de España. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 2001.
16. Documento manuscrito. Archivo General de Palacio Real (AGP). Legajo. Sección Histórica. Caja 104.
17. EFE. Las mujeres tan solo aparecen representadas en el 5% de las calles españolas. El Mundo.es. [Internet] 2007 julio 29 domingo. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/07/29/espana/1185706073.html>
18. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Historia de la Seguridad Social. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm
19. Gaceta de Madrid n.º 32. 1 de febrero de 1930. p. 827-835. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1930/032/A00827-00835.pdf>
20. Colegio Oficial de Enfermería de Alicante. Tarifa Mínima de honorarios de Matronas del Colegio de Alicante. Alicante 12 de junio de 1930. Alicante; 2012.
21. Documento Manuscrito. Archivo General del Palacio Real (AGP). Legajo. Sección Personal. Caja 16810. Exp. 19; 1756.
22. Ortiz Gómez T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. En: El Magisterio de las Mujeres. ARENAL, 6:1. enero-junio. Granada; 1999. p. 55-79(59).
23. Alvar M. Atlas Lingüístico y Etnográfico de Aragón, Navarra y La Rioja. Zaragoza/Madrid: Diputación Provincial de Zaragoza/CSIC;1979-1980. Comadre. p. 1288.
24. Martínez Molina A, Donat Colomer F. Origen histórico de la calle La Madrina. I Congreso de Historia de la Enfermería. Libro de Ponencias. Valencia; 1996. p. 23-24.
25. Cebas Hernando JA. Callejero comentado de Aranda de Duero. Madrid: Ed. Juan Antonio Cebas Hernando; 2000.
26. Rodríguez Herrero ME. Una historia, una vida, una mujer: Dª Dio-

- nisia Repila y Tetilla. Revista electrónica www.ciudadrodrigo.net 1998-2012. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://www.ciudadrodrigo.net/dionisia/contexto.htm>
27. Diputación de Badajoz. Casa Museo Francisco de Zurbarán. Proyecto CLER. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://web.dip-badajoz.es/proyectos/cler/museoDetalle.php?Id=31&ver=C&localidad=&categoria=>
28. Libro de Partidas de Bautismo. Archivo Parroquial de Fuente de Cantos. Badajoz.
29. Gea Ortigas M E. Diccionario Enciclopédico de Madrid. Madrid: La Librería; 2002.
30. Documentos Manuscritos. Archivo General de Simancas (AGS). Legajo 989. Sección de Gracia y Justicia. p. 687-708.
31. Corona F. Historia del Barrio. Estudios sociológicos coordinados por el Prof. Teófilo Portillo. IES Pablo Picasso. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://www.iesppicasso.org/ncentro/hbarrio.html?showall=1>
32. Martín Ojeda M. Los nombres de las calles de Écija. Écija: Asociación Cultural Ecijana Martín de Roa y Excmo. Ayuntamiento de Écija; 2007.
33. Ramírez de Arellano y Gutiérrez T. Paseos por Córdoba, ó sean apuntes para su historia. Tomo I. Córdoba: Imprenta de D. Rafael Arroyo; 1873.
34. La huella de las Mujeres en Puente Genil. Puente Genil: Ayuntamiento de Puente Genil. Instituto Municipal de Servicios Comunitarios. Delegación de la Mujer; 2004.
35. Malagapedia. Etimología de la palabra Comares. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: http://malagapedia.wikanda.es/wiki/Etimolog%C3%ADa_de_la_palabra_Comares
36. López Sosa L A. Una calle en Marpequeña (Telde) reconoce los méritos de la comadrona María del Carmen Artiles Fleitas. *Teldeactualidad.com*; 10. [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://www.teldeactualidad.com/hemeroteca/articulo/calles/2008/2/10/59.html>
37. Academia de la Llingua Asturiana. Diccionariu de la llingua asturiana (DALLA). [En línea] [fecha de acceso: 4 de marzo de 2013]. URL disponible en: <http://academiadelalingua.com/diccionariu/index.php?cod=13228>

ANEXO

Relación de Calles, Espacios y Edificios Públicos con Nombre de Matronas

GALICIA

- Monumento a la partera. *Oleiros (Coruña)*
- Escuela Municipal de la Tercera Edad Susa da Chasca. *Ponteceso (Coruña)*
- Rua Susa da Chasca (En trámite). *Corme (Coruña)*
- Rua comadrona Alicia Vila. *(Lugo)*
- Travesía Constantina Pérez Calvar. *Moaña (Pontevedra)*

ASTURIAS

- Calle Teresina. *Muros de Nalón (Asturias)*
- Calle Matrona Esther Gutiérrez. *Arriondas (Asturias)*
- Calle Milia La Roxa. *Arriondas (Asturias)*
- Lavadero Pilar "La Carchuola". *Puerto de Vega, Navia (Asturias)*

CANTABRIA

- Paseo de La Tía Gabina "La partera". *Torrelavega (Cantabria)*
- Monumento a las Comadronas y Parteras. *Polanco (Cantabria)*
- Calle Cándida Salcines. *Colindres (Cantabria)*

PAIS VASCO

- Urb. Patricia Bilbao. *Llodio, Vitoria (Alava)*
- Calle María Etxetxiki. *Zarauz (Guipúzcoa)*
- Centro de Día María Etxetxiki. *Zarauz (Guipúzcoa)*
- Calle Manuela Eguiguren. *Basauri (Vizcaya)*
- Calle Juana Madariaga. *Basauri (Vizcaya)*
- Calle Eugenia Idioiaga Emagina Kalea. *Guernika (Vizcaya)*

NAVARRA

- Calle de Brígida Esparza. *Olite (Navarra)*
- Calle Comadre Graus. *(Huesca)*
- Calle de la Comadre. *(Teruel)*
- Calle de La Madrina Salinas. *(Zaragoza)*

CATALUNA

- Plaça de Francesca Llonch. *Tarrasa (Barcelona)*
- Paseo Llevadora. *Santa Perpetua de Mogada (Barcelona)*
- Carrer de les Llevadores. *Molet del Valles (Barcelona)*
- Carrer Carmen Donada Llevadora. *Tiana (Barcelona)*
- Jardins de l'Astasieta. Anàstasia del Hoyo. *Sant Boi del Llobregat (Barcelona)*
- Carrer de Cecília Vallhonrat. *Olesa de Montserrat (Barcelona)*
- Carrer Maria Vivet. *Tona (Barcelona)*
- Carrer Llevadores. *Salt (Gerona)*
- Calle Matilde Alis i Clopes (Pendiente de rotular). *Arbucies (Gerona)*
- Masferrer i Alsina Mercé (Llevadora) (Pendiente de rotular). *Arbucies (Gerona)*
- Plaça de les Llevadores. *Palafrugell (Gerona)*
- Carrer de Victoria Giralt y Feliu. *Palafrugell (Gerona)*
- Carrer de la Comadrona. *Llardecans (Lérida)*
- Carrer de la Llevadora María Vives. *Calafell (Tarragona)*
- Carrer Llevadora M. Montserrat. *Llorenç del Penedès (Tarragona)*
- Carrer de María Mestre. *Montblanc (Tarragona)*

COMUNIDAD VALENCIANA

- Carrer Comadrona Carmen Conde. *Agost (Alicante)*
- Carrer Dña. Pepita. *Crevillente (Alicante)*
- Avenida Rosa Mazón. *Torreveija (Alicante)*
- Calle Pepita La Comare. *Petrer (Alicante)*
- Calle Matrona Micaela Amorós (Pendiente de rotular). *Villena (Alicante)*
- Calle Comadrona Luz Esteban. *Villena (Alicante)*
- Calle Comadrona Fuensanta Juan (Pendiente de rotular). *Dolores (Alicante)*
- Calle Comadrona María Dolores Quereda (Pendiente de rotular). *Dolores (Alicante)*
- Calle Margarita Bascuñana. *Santa Pola (Alicante)*
- Calle María López. *Santa Pola (Alicante)*
- Calle Matrona/Llevadora Teresita Tovar García. *Santa Pola (Alicante)*
- Plaza Ventura Marti la comare. *Altea (Alicante)*
- Calle Comadre. *Elda (Alicante)*
- Calle Matrona María de Gracia Cases Penades. *(Alicante)*
- Calle Comare Josefa Gomis Aracil. *San Juan (Alicante)*
- Calle Comare Teresa Sarrio Busquier. *San Juan (Alicante)*
- Calle Comare Teresa Pedro Ferrer. *San Juan (Alicante)*
- Centro de Salud Dolores Cano Royo. *Vila-Real (Castellón)*
- Carrer Dolores Cano i Royo. *Vila-Real (Castellón)*
- Calle Comare Elisa Messeger. *Onda (Castellón)*
- Calle Isabel Mondragón. *Eslida (Castellón)*
- Calle Pilar la Comare. *Vinarós (Castellón)*
- Jardín de la Comare Ana Calabuig. *Játiva (Valencia)*
- Calle de la Comare Ana Calabuig. *Játiva (Valencia)*
- Carrer Vicenta Gomar, la comare. *Silla (Valencia)*
- Calle Comare Pilar Martí Hernández. *Torrent (Valencia)*
- Carrer de la Comare Concepción Ferrer Cervera. *Torrent (Valencia)*
- Calle Comare María Escribá. *Alginet (Valencia)*
- Carrer Comare Dña. Estrella. *Sollana (Valencia)*
- Plaza de la Comadrona Rosario Soler. *Xiriviella (Valencia)*
- Calle de Comare. *Oliva (Valencia)*
- Calle de la Madrina. *(Valencia)*
- Calle de la Matrona Carmen Soler Alabau. *(Valencia)*
- Calle Comare Josefa Martínez. *Alcudía de Crespins (Valencia)*
- Calle Cándida La Comare. *Casinos (Valencia)*

MURCIA

- Avenida Conchita la Comadrona. *Molina de Segura (Murcia)*
- Calle Comadrona Josefa Baño "La Capita". *Ceuti (Murcia)*
- Calle Carmen Campillo Andúgar. *Lorquí (Murcia)*
- Calle Comadrona Carmen Cascales Carmita. *Alcantarilla (Murcia)*
- Calle de Julia la Partera. *Ulea (Murcia)*
- Parque de M^a Pilar López (Pendiente de rotular). *Cieza (Murcia)*
- Sección Biblioteca Municipal M^a Pilar López (Pendiente de rotular). *Cieza (Murcia)*
- Calle Matrona María Muñoz. *Águilas (Murcia)*
- Calle Matrona Encarna. *Archena (Murcia)*
- Calle de la Matrona Francisca Pedrero. *Vivancos, Archena (Murcia)*
- Calle Matrona Rita Pereira. *Aracena (Murcia)*

- Calle María Portas Cerdán (Pendiente de rotular). *Torre Pacheco (Murcia)*
- Parque Comadrona Dña. Benita Tomás. *San Javier (Murcia)*

ANDALUCÍA

- Calle de las Matronas. *(Almería)*
- Calle Matrona M^a Josefa Navarro. *Carboneras (Almería)*
- Calle Matronas de Espera. *Espera (Cádiz)*
- Calle Matrona Yolanda Bravo. *Tarifa (Cádiz)*
- Calle Comadronas. *Tarifa (Cádiz)*
- Calle Mariana Jaén Corbalán "Partera". *San José del Valle (Cádiz)*
- Calle Doña María Ulloa "La Partera". *Alcalá de los Gazules (Cádiz)*
- Parque de Salud "Ana de Currochica". *Nueva Jarilla (Cádiz)*
- Plaza de "Lupe la del Huerto". *Chipiona (Cádiz)*
- Calle Matrona Ana Mariscal. *San Fernando (Cádiz)*
- Calle Matrona Magdalena Mariscal. *San Fernando (Cádiz)*
- Calle Eulalia Jiménez Castaño. *Chiclana de La Frontera (Cádiz)*
- Plaza de Evelia la Matrona. *Sanlúcar de Barrameda (Cádiz)*
- Plaza Isabel Fernández La Partera. *Jerez de la Frontera (Cádiz)*
- Puente de la Guareña. *Jerez de la Frontera (Cádiz)*
- Cañada de la Partera. *Aguilar de la Frontera (Córdoba)*
- Calle de la Comadre (o de los Pompeyos). *(Córdoba)*
- Calle Matrona Pepita Rivas. *Puente Genil (Córdoba)*
- Calle Matrona Concepción Cáceres. *Puente Genil (Córdoba)*
- Calle Matrona Rafaela Partera. *San Sebastián de los Ballesteros (Córdoba)*
- Calle Carmen Pineda Criado, Matrona "Carmencita" (Pendiente de rotular). *Lucena (Córdoba)*
- Calle Francisca Montoya Linde (Pendiente de rotular). *Lucena (Córdoba)*
- Centro de Salud Matrona Antonia Mesa. *Cabra (Córdoba)*
- Plaza de Juliana Lara la Partera. *Albendín (Córdoba)*
- Parque Infantil Matrona Tomasa Gómez Arroyo. *Luque (Córdoba)*
- Placa Casa Natal Soledad Expósito de Sánchez. *Belalcázar (Córdoba)*
- Calle Matrona Estrella de Dios Zarza. *El Carpio (Córdoba)*
- Plaza Matrona Teresa Crespo Romero. *La Carlota (Córdoba)*
- Calle Matrona María del Valle. Escuela de Educación Infantil Matrona María del Valle. *La Carlota (Córdoba)*
- Calle de Dña. Beatriz Cerezo González. *Montoro (Córdoba)*
- Calle de la Madrina. *Las Gabias Hajar (Granada)*
- Calle Matrona Ana Torices. *Alquería del Fargue (Granada)*
- Calle Irene Iglesias González. *Punta Umbría (Huelva)*
- Calle Carmen Pérez Abreu "Cirila". *Punta Umbría (Huelva)*
- Calle Matrona Mercedes Palomar. *Cartaya (Huelva)*
- Calle Manuela Martín, "la Puchichina" (Pendiente de rotular). *Lepe (Huelva)*
- Calle Matrona Maria Tamarit. *Cortegana (Huelva)*
- Calle Comadrona Severa. *Siles (Jaén)*
- Jardines de Dña Luci. *Linares (Jaén)*
- Placa Casa Natal Carmen Navarro Arando. *Begijar (Jaén)*
- Calle de la Matrona Mariana Gómez. *(Jaén)*
- Calle las Parteras (Pendiente de rotular). *Cuevas del Becerro (Málaga)*
- Calle Matrona Dionisia Perles Benítez. *Cartama (Málaga)*

- Calle Ana Martín la Verdeguela. *Benalmádena (Málaga)*
- Calle Matrona María González Guerrero. *Coin (Málaga)*
- Parque Matrona Candelaria. *Vélez Málaga (Málaga)*
- Escuela Infantil Matrona Ángeles Cabra. *Cómpeta (Málaga)*
- Calle de Carmen Bravo López, La Partera. *Rincón de la Victoria (Málaga)*
- Calle Matrona Asunción Alameda. *Marbella (Málaga)*
- Calle de La Partera. *Utrera (Sevilla)*
- Calle Parteras. *Écija (Sevilla)*
- Calle Matrona Encarnación Álvarez. *Cañada Rosal (Sevilla)*
- Calle Matrona Isabel Cayuela López. *Puebla de los Infantes (Sevilla)*
- Calle Matrona Dña. Gracia. *Almadén de la Plata (Sevilla)*
- Centro de Salud Matrona Dña. Isabel Virosta. *Aznalcar (Sevilla)*
- Calle Teresa la matrona. *Algaba (Sevilla)*
- Calle de Luisa La Latera. *Gelves (Sevilla)*
- Calle Dña. María Sánchez-Matrona. *Villaverde del Río (Sevilla)*
- Calle Matrona María Castro Toro. *Alcalá de Guadaira (Sevilla)*
- Calle Matrona Isabel Selma Medina. *Alcalá de Guadaira (Sevilla)*
- Calle Matrona Doña Concepción Sánchez. *Bormujos (Sevilla)*
- Calle Matrona Rosario Ramos. *Salteras (Sevilla)*
- Calle de Prudencia Ratia. *Alcalá la Real (Jaén)*
- Calle M^a Mercedes Reina Paredes. *La Rinconada (Sevilla)*
- Calle de Dña. Luisa La Matrona. *Alcolea del Río (Sevilla)*
- Calle Matrona María Amparo. *Guillena (Sevilla)*
- Calle de la Esperancita la Matrona. *Alcalá del Río (Sevilla)*
- Calle Matrona Juana Huertas (Pendiente de rotular). *La Luisiana (Sevilla)*
- Calle Dolores Gutiérrez. *Bollullos de la Mitación (Sevilla)*
- Calle Matrona Victoria Fuentes. *Montellano (Sevilla)*
- Calle Matrona Dolores "La Cortona". *El Ronquillo (Sevilla)*
- Calle Matrona María Jesús Corchero Delgado. *Almensilla (Sevilla)*
- Calle Matrona Francisca "La Carrasca". *Burguillos (Sevilla)*
- Calle de la Matrona Luisa Carmona. *San Juan de Aznalfarache (Sevilla)*
- Calle Matrona Lucía Benítez. *Las Cabezas de San Juan (Sevilla)*
- Calle Emilia Barral. *(Sevilla)*

MADRID

- Calle del Amparo o de la comadre. *(Madrid)*
- Travesía de la Comadre. *(Madrid)*
- Calle Amalia Marcos. *(Madrid)*
- Calle Matrona Asunción Fernández. *Getafe (Madrid)*
- Calle Doña Anita Martínez. *Getafe (Madrid)*
- Calle Matrona Catalina Jiménez. *Getafe (Madrid)*
- Calle Comadre. *Villanueva de la Cañada (Madrid)*
- Calle de la Comadre. *Villanueva del Pardillo (Madrid)*
- Calle de la Comadre. *Chinchón (Madrid)*

CASTILLA-LA MANCHA

- Calle de la Matrona Luisa Rosado. *(Albacete)*
- Calle Comadre. *Alcázar de San Juan (Ciudad Real)*
- Calle Comadrona Tía Epifanía. *Villar de Cañas (Cuenca)*
- Callejón de la Comadre. *Robledillo de Mohernando (Guadalajara)*
- Calle Comadre. *Robledillo de Mohernando (Guadalajara)*
- Calle Parteras. *Belvis de la Jara (Toledo)*

- Calle Comadre. *Santa Olalla (Toledo)*
- Calle Andrea Gómez Rojas. *Corral de Almaguer (Toledo)*
- Parque "Hermenegilda Villanueva Recuero". *La Puebla de Almoradiel (Toledo)*

CASTILLA Y LEÓN

- Calle de las Comadres. *Aranda de Duero (Burgos)*
- Travesía Comadres. *Aranda de Duero (Burgos)*
- Plaza Matrona Sinforosa Núñez. *Abastas (Palencia)*
- Calle Matrona Sinforosa Núñez. *Abastas (Palencia)*
- Calle Cristina Marugan. *(Palencia)*
- Calle Dionisia Repila. *Ciudad Rodrigo (Salamanca)*
- Calle las Madrinas (Pendiente de rotular). *Navafria (Segovia)*
- Calle de las Comadres. *Madrona (Segovia)*

EXTREMADURA

- Calle Comadrona Juana Bernal. *Puerto de Santa Cruz (Cáceres)*
- Calle Catalina Curiel. *Almaraz (Cáceres)*
- Centro de Servicios Mixtos. *Almaraz (Cáceres)*
- Calle M^a Pérez (Comadrona). *Hervás (Cáceres)*
- Calle Comadrona Victoria Rodríguez. *Valverde de la Vera (Cáceres)*
- Calle Parteras. *Ahigal (Cáceres)*
- Calle Comadre. *Jerez de los Caballeros (Badajoz)*
- Calle Maruja Martín Galán (Pendiente de rotular). *Mérida (Badajoz)*

ISLAS BALEARES

- Calle Comare María Rigo. *Pont de Inca (Mallorca)*

ISLAS CANARIAS

- Calle Emilia Anastasia Bienes Pérez (Propuesta). *Fuencaliente (La Palma)*
- Calle Parteras. *(Santa Cruz de la Palma)*
- Calle Valentina Hernández. *Sabinosa, Frontera (Santa Cruz de Tenerife)*
- Comadrona Dolores Daban. *Tincer, San Cristóbal de la Laguna (Santa Cruz de Tenerife)*
- Centro Polivalente de Servicios Sociales (Pendiente de rotular). *La Laguna (Tenerife)*
- Centro de salud Dña. Marina la Partera Victoria de Acentejo. *(Tenerife)*
- Calle Petronila Dorta Hernández. *Buenavista del Norte (Tenerife)*
- Calle Comadrona María Gutiérrez (Pendiente de Rotular). *Antigua, Fuerteventura (Gran Canaria)*
- Calle María Santana Figueroa. *La Oliva (Fuerteventura)*
- Calle las Parteras. *Tuineje (Fuerteventura)*
- Calle las Parteras. *Puerto del Rosario (Fuerteventura)*
- Calle Comadrona M^a Carmen Artilles Fleitas. *Telde (Gran Canaria)*
- Plaza Mariquita Benítez "La Partera". *Santa Brígida (Gran Canaria)*
- Calle Partera Celedonita. *Teror (Gran Canaria)*
- Calle Cipriana Santana Pulido. *Teror (Gran Canaria)*
- Plaza Carmita Díaz. *San Nicolás de Tolentino (Gran Canaria)*
- Calle Carmita Díaz. *San Nicolás de Tolentino (Gran Canaria)*
- Calle María Morales Medina "La Partera". *Arucas (Gran Canaria)*

- Pasaje Chanita Díaz "La Partera". *Arucas (Gran Canaria)*
- Calle Lucía Gordillo Martell "La Partera". *Galdar (Gran Canaria)*
- Calle Partera Leonorita. *San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*
- Calle Partera Aurora Sánchez Bolaños. *San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*
- Calle Partera Sofia Navarro Bello. *Las Palmas (Gran Canaria)*
- Calle Valentina "la de Sabinosa". *Las Palmas (Gran Canaria)*
- Busto Dña. Nieves Santana Valerón "Nievita La Partera del Barranco de Arguineguín". *Mogán (Gran Canaria)*
- Monumento a las Parteras. *Villa de Agüimes (Gran Canaria)*
- Calle Antoñita Armas "La Cubana". *Villa de Agüimes (Gran Canaria)*
- Calle Trinidad de León Perdomo. *Arrecife (Lanzarote)*
- Calle Dña. Micaela Hernández. *Arrecife (Lanzarote)*

¹ Encarnación Martínez García
¹ M^a Dolores Pozo Cano
² Elena Ávila Cuadros
³ Emilio González Jiménez

La Ley de Salud Sexual y Reproductiva y su influencia en las interrupciones voluntarias del embarazo en España

¹ *Matronas, profesoras de la Unidad Docente de Matronas de Granada. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.*

E-mail: emartinez@ugr.es

² *Matrona residente de segundo curso. Unidad Docente de Matronas de Granada.*

³ *Enfermero, profesor del Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.*

Resumen

Objetivo: determinar si la implantación en España de la Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva, y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), aprobada el 3 de marzo de 2010, ha contribuido a un aumento de las tasas de IVE y a dar claridad de las causas que conducen a las mujeres a tomar esta decisión.

Material y método: se realiza una revisión de los últimos tres informes oficiales sobre IVE publicados por el Ministerio de Sanidad, analizando los principales cambios que se han producido entre los años 2000 y 2010 en cuanto a las siguientes variables: tasa de IVE por cada mil mujeres, edad de la mujer, estado civil, nivel de instrucción, país de nacimiento, abortos previos, edad gestacional en el momento de la IVE y motivo aducido para la interrupción.

Resultados: en 2010, año del que se disponen los últimos datos oficiales, España presenta una tasa de IVE por cada mil mujeres de 11,49, ligeramente superior a la del año anterior (11,41). Las cifras más elevadas las presentan las mujeres entre 20-24 años, si bien en general ha disminuido en menores de 25 años y aumentado por encima de esta edad. Ser española, soltera, con un nivel académico de segundo grado/primer ciclo, con ocho o menos semanas de gestación y sin ningún aborto previo es el perfil de la mujer que interrumpe su embarazo en España y que no ha cambiado en los años analizados. No obstante, las tasas entre mujeres extranjeras triplican sobradamente a las de las españolas (28‰ frente a 8‰). A partir del 4 de julio de 2010, el 88,8% de las mujeres expresan que el motivo de la interrupción ha sido por exclusivo deseo, y se observa una importante disminución del 97% al 8% por causas de salud materna, mientras que las cifras por motivos de riesgo fetal se mantienen similares después de la aprobación de la ley.

Conclusiones: esta revisión muestra que, a pesar de los esfuerzos por poner de manifiesto la realidad de España en este tema, todavía existen vacíos que deberían llenarse mejorando la adecuación de los sistemas de registro, así como a través de investigaciones de mayor rigor metodológico y epidemiológico.

Palabras clave: Ley de Salud Sexual y Reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo (IVE), aborto, revisión.

Abstract

The sexual and reproductive health act and its impact on voluntary termination of pregnancy procedures in Spain

Objective: To assess whether the passing of the Spanish Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) (sexual and reproductive health and voluntary termination of pregnancy [VTOP] act) on March 3rd 2010 has resulted in increased VTOP rates, and to clarify the causes for such a decision by women.

Materials and methods: The last three formal reports on VTOP by the Spanish Ministry of Health have been reviewed, and main changes from 2000 to 2010 have been analyzed in the following variables: VTOP rate per 1,000 women, age, marital status, education level, country of birth, previous abortions, gestational age at VTOP and reported reason for termination.

Results: In 2010, the most recent year with official data available, Spanish VTOP rate per 1,000 women was 11.49, which is slightly higher than previous year rate (11.41). Highest rates were found in 20-24 years-old women, although an overall reduction has been observed in women younger than 25 and an increase has been found in women older than 25. The typical profile for a woman terminating her pregnancy in Spain was a Spanish, unmarried woman having achieved first half of secondary education level, 8-week or lower gestational age, and no previous abortions; such a profile has not changed through the reported years. However, rates among foreign women are more than three-fold the rates observed for Spanish women (28‰ vs 8‰). Since July 4th 2010, 88.8% of women reported just their wish as a reason for termination, with a significant reduction, from 97% to 8% being found in maternal health reasons, whereas fetal risk reasons have been reported at a similar rate after the passing of the law.

Conclusion: The present review demonstrates that, in spite of recent efforts to show the current situation in Spain on this issue, a number of gaps remain that should be bridged through improved recording systems and studies that are more rigorous from a methodological and epidemiological point of view.

Key words: Sexual and reproductive health law, voluntary termination of pregnancy (VTOP), abortion, review.

Introducción

España inició su proceso liberalizador del aborto alrededor de 1937 con la Segunda República (1), interrumpido en la etapa franquista (1), despenalizado en determinados supuestos en 1985 (2) y permitido dentro de un intervalo de tiempo sin especificar las causas en 2010 (3). Muchas de las convicciones que hoy se dan por sentadas han constituido, por tanto, el fruto de un difícil trabajo madurado durante años e incluso siglos sobre el papel de la mujer, el modo de considerar al feto y al embarazo, los elementos diagnósticos, las intervenciones externas y los intereses políticos (4). Incluso así, hoy en día se siguen librando fuertes y enconados debates sobre cuándo comienza o cuándo termina la vida, que son momentos indiscutibles y hasta cierto punto indemostrables, y cualquier intervención voluntaria sobre los mismos siempre genera polémica (5,6). Los argumentos y contra-argumentos han ido adquiriendo funciones y significados diversos a lo largo del tiempo y seguirán surgiendo más en el futuro. De esta oposición de posturas se derivan constantes modificaciones que va sufriendo la legislación del estado español con respecto a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), en la búsqueda del equilibrio entre las partes en conflicto y buscando también atender innegables problemas sociales derivados de esta práctica. De hecho, la actualidad vuelve a verse envuelta en una encendida controversia sobre el aborto, en el contexto de una alternancia de gobierno y, por tanto, de un posible cambio a corto plazo de la normativa que apenas lleva dos años vigente (6-8).

La primera Ley del Aborto de 1985 a todas luces se había ido pervirtiendo en el transcurso de los 24 años que ha estado despenalizado en los tres supuestos conocidos de grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, en caso de que el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto (2,6). Estudios realizados en distintos países han constatado que, aunque menos admitidos, los motivos que con más frecuencia aducen las mujeres para decidir la interrupción del embarazo son los sociales (1,9,10).

El nacimiento de un hijo puede representar una dura carga para la mujer ante un difícil estado socioeconómico, ante problemas familiares, un miedo a malformaciones congénitas, un elevado número de hijos, estar separada o soltera o que existan unas malas relaciones conyugales (1). Sin embargo, como indica el Grupo Interdisciplinario de Bioética del Institut Borja de Bioètica, el 97% de las IVE que se realizaron en España en 2007, se produjeron porque las mujeres se ampararon en la razón de riesgo para la salud psíquica de la madre sin ningún rigor en la exigencia de veracidad de los dictámenes médicos, lo que constituye un auténtico "fraude de ley" (11). Por esto, parecía evidente que este resultaba ser un auténtico "coladero" para todos los posibles

motivos no terapéuticos, que sin embargo quedaban ocultos por no estar reconocido un cuarto supuesto social en la ley de 1985. Además, a pesar de que el marco jurídico establecía unas exigencias y requisitos, estos no se cumplían, y la situación conocida por todas las instancias (sociales, políticas y judiciales) (7) iba provocando que diversas voces y grupos de opinión reclamaran una modificación de la legislación sobre el aborto (12). De manera que siguiendo las recomendaciones en materia de Salud Sexual y Reproductiva de diversos organismos internacionales de los que España es signataria como Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer o la Unión Europea se plantea una adecuación del marco normativo. Ahora bien, ¿cómo hacerlo?

La Resolución 1607, aprobada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en abril de 2008, invita a todos los estados miembros de la Unión Europea no solo a no prohibir el aborto dentro de unos plazos razonables de la gestación, sino a llevar a cabo políticas de educación sexual y afectiva obligatoria, garantizar el acceso a la información y a los medios contraceptivos seguros para minimizar la necesidad de recurrir al aborto (11). Por tanto, teniendo en cuenta la tendencia normativa imperante en los países vecinos de España, se planteó la nueva Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo que, como queda redactado en su preámbulo, trata de garantizar tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico (3).

Con la nueva ley se dio un vuelco sustancial en la manera de abordar el cómo y el cuándo se autoriza realizar una interrupción del embarazo en España. Se pasó de un sistema de supuestos o indicaciones, a un sistema de plazos que permite la mujer embarazada pida abortar siempre y cuando se realice dentro de un término de tiempo fijado en catorce semanas de gestación y se cumplan determinados requisitos (13). Como Ruiz-Salguero indica citando a Ibáñez y García-Velasco: "Puede deducirse que la aceptación del sistema de plazo, con un periodo aproximado de tres meses, respeta y defiende la libre decisión de la mujer en el ejercicio de su derecho a la maternidad, a la vez que conjuga y armoniza este derecho fundamental con razones importantes para la salud de la propia mujer y con el valor progresivo y creciente del feto, como bien jurídico de protección constitucional" (1).

A partir de este periodo de tres meses para reflexionar y decidir, surgen las indicaciones terapéuticas según los riesgos para la salud física o psíquica de la madre hasta las 22 semanas, y las indicaciones eugenésicas cuando se determina que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas incluso sin límite, en determinados casos (3).

Pero la polémica en España con relación a la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva no ha cesado desde su apro-

bación en varios frentes. Por un lado, la posibilidad de que las menores de edad de 16 y 17 años, en caso de demostrar una circunstancia de "conflicto grave familiar", puedan abortar sin el consentimiento de padres o tutores acaparó las primeras críticas (6,14), y más recientemente han surgido otras relacionadas con los supuestos de riesgo de malformaciones o posible discapacidad fetal (15). Podría pensarse que el hecho de que una menor de 16 y 17 años pudiera alegar razones para no contar con el consentimiento de los que ostentan su patria potestad, o una mujer de cualquier edad tuviera acceso a la interrupción a demanda hasta las catorce semanas, facilitaría o incluso incentivaría a las mujeres a optar por esta práctica y se produciría por ello un efecto al alza en las tasas de abortos de España (16,17).

Para objetivar si algunas de estas conjeturas se han producido en la realidad, se planteó la realización de este estudio. El objetivo es determinar si la implantación en España de la Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), aprobada el 3 de marzo de 2010, ha contribuido a un cambio en los principales indicadores de IVE, prestando especial atención a la tasa general, a las tasas en menores de edad y extranjeras, y a las causas que conducen a las mujeres a tomar esta decisión.

Material y método

Se realizó una revisión de los últimos informes oficiales sobre IVE publicados por el Ministerio de Sanidad con datos definitivos de los años 2008, 2009 y 2010. Estos informes anuales se editan por Orden de 16 de junio de 1986 en la que se establece la notificación de las IVE y constituye el instrumento esencial para su estudio y vigilancia epidemiológica en España, así como para la difusión oficial de las es-

tadísticas elaboradas por la Dirección General de Salud Pública, a partir de los datos notificados por las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas (18). Se trata, por tanto, de la publicación de más calidad y más actualizada sobre el perfil de las mujeres que interrumpen su embarazo en España, así como de algunas de las condiciones en que esta actuación se realiza (18).

De la extensa información que se ofrece en los informes, se analiza la relativa entre los años 2001 a 2010 para identificar los posibles cambios producidos a lo largo del tiempo, y más específicamente con respecto al año 2010, en que se aprueba la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Los indicadores analizados son: tasa de IVE por cada mil mujeres entre 15 y 44 años; variables relacionadas con la mujer en el momento de la interrupción: edad, país de nacimiento, estado civil, nivel de instrucción, abortos voluntarios previos; y variables relacionadas con la gestación: edad gestacional y motivo para tomar la decisión. Para estimar el peso de las IVE en mujeres españolas y extranjeras se calcularon las tasas por cada mil mujeres en edad fértil tomando como denominador la población femenina de entre 15 y 44 años, bien españolas bien extranjeras, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística el 1 de enero de 2009, 2010 y 2011 (19).

Resultados

En 2010, año del que se disponen los últimos datos oficiales y en el que entró en vigor la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva, España presentó una tasa de IVE por cada mil mujeres de 11,49, ocho décimas superior a la del año anterior, inferior a la del año 2008 (11,78‰) y de igual magnitud que la de 2007 (Ver Figura 1). Dividiendo el año 2010 en los dos semestres antes y después de la implanta-

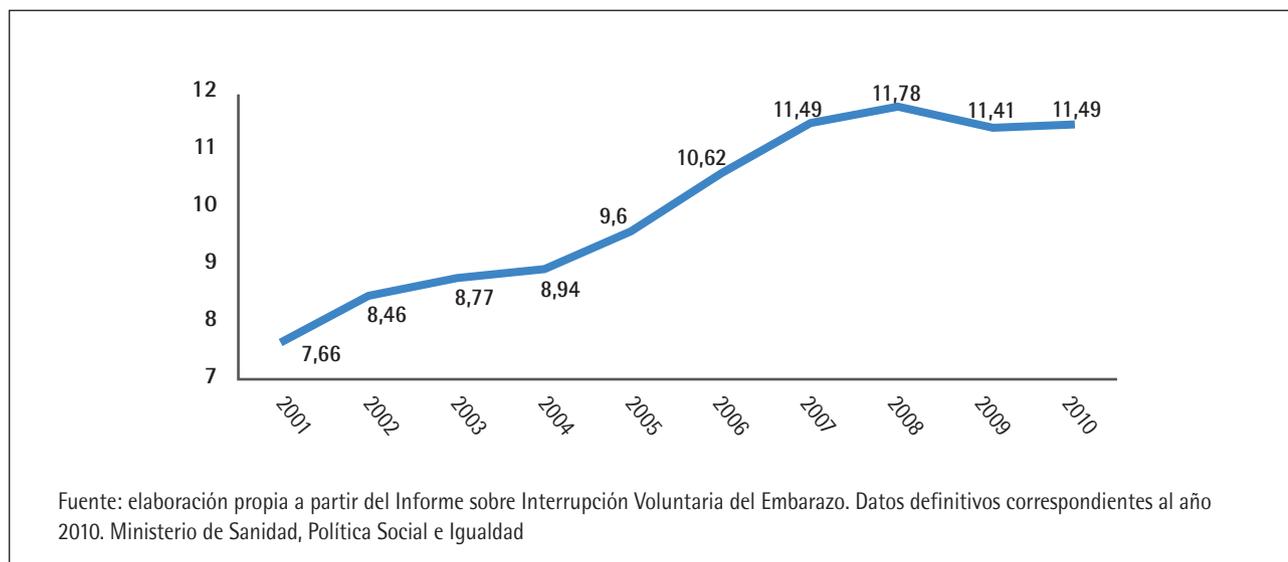


Figura 1. Tasa de IVE por mil mujeres. Total nacional 2001-2010

ción de la ley (4 julio), en el segundo se produjeron unas cuatro mil intervenciones menos (58 485 frente a 54 546).

Atendiendo a la edad de la mujer, las tasas más elevadas las muestran en todos los años analizados las mujeres entre 20-24 años. A partir de 2007, que se alcanzó la tasa más alta entre las de 19 o menos con 13,79, se observa una disminución en este grupo de edad, al igual que en las de 20-24 años, aunque en este grupo el pico se obtuvo en 2008 con 21,05. Sin embargo, en las mayores de 24 años, la tendencia en los últimos años es la de ir aumentando (Ver Tabla 1).

La Tabla 2 muestra la distribución de los porcentajes de IVE en la última década con respecto al país de nacimiento materno, estado civil, nivel de instrucción y número de abortos previos. El lugar de nacimiento es publicado a partir del año 2008. El perfil mayoritario con respecto a estas variables es el de una mujer española, soltera, con nivel de instrucción de segundo grado/primer ciclo y sin ningún aborto previo. La información disponible muestra que por media en los tres años que se disponen de datos, las mujeres extranjeras constituyen el 43% de los casos, siendo las procedentes de América del Sur las que presentan los porcentajes mayores con una media de 22%, seguidas de las nacidas en países del resto de la Unión Europea con un 9%. En todos los colectivos de mujeres, según su lugar de nacimiento, se observa un descenso en los porcentajes de IVE, excepto entre las españolas cuya tendencia es a seguir subiendo, y a ligeros ascensos entre las originarias de América Central y el Caribe, así como en asiáticas. Agrupando a todas las mujeres que no han nacido en España y comparándolas con

las autóctonas, las tasas de IVE por cada mil mujeres en edades entre 14 y 44 años son llamativamente superiores entre las extranjeras en los tres años de los que se disponen datos, situándose en el año 2010 en 28‰ frente a 8‰ en las nacionales (Ver Figura 2).

Con respecto al estado civil se puede objetivar un aumento de los porcentajes entre solteras y divorciadas y disminu-

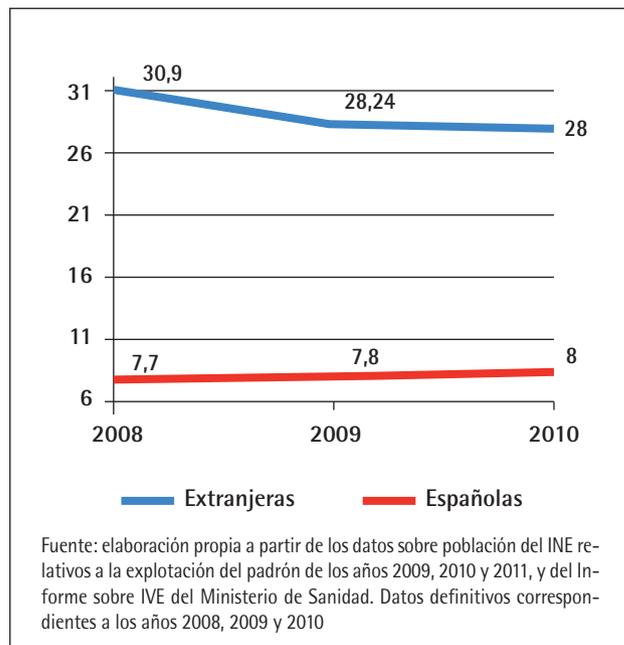


FIGURA 2. Tasas por cada mil mujeres entre 14-44 años extranjeras y españolas. Total nacional 2008-2010

Tabla 1. Tasas de IVE por mil mujeres y grupos de edad. 2001-2010. Total nacional

	Total	≤19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40
2001	7,66	8,29	12,86	9,34	7,44	5,42	2,47
2002	8,46	9,28	14,37	10,72	8,1	5,84	2,72
2003	8,77	9,9	15,31	11,3	8,28	6,02	2,69
2004	8,94	10,57	15,37	11,43	8,57	6,12	2,69
2005	9,6	11,48	16,84	12,6	9,07	6,48	2,87
2006	10,62	12,53	18,57	14,44	10,12	7,34	3,05
2007	11,49	13,79	20,65	15,57	11,07	7,67	3,25
2008	11,78	13,48	21,05	16,49	11,63	7,97	3,3
2009	11,41	12,74	20,08	16,02	11,63	8,05	3,36
2010	11,49	12,71	19,82	16,34	12,09	8,27	3,5

Fuente: Ministerio de Sanidad. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010

ciones entre casadas, viudas y separadas. En el caso de las mujeres con estudios de primer grado, se constata que va ascendiendo a lo largo de los años, y la tendencia entre las que tienen niveles de instrucción más elevados es a des-

cender. Las cifras porcentuales de mujeres con un aborto voluntario previo o más tienden a elevarse, mientras que las que no han tenido ninguno anteriormente muestran una bajada en su evolución secular (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de IVEs por años y lugar de nacimiento de la mujer, estado civil, nivel de instrucción y abortos voluntarios previos. Total nacional 2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031
Lugar de nacimiento										
España	---	---	---	---	---	---	---	55,56	57,21	58,3
Resto Unión Europea	---	---	---	---	---	---	---	9,79	9,17	8,93
Resto de Europa	---	---	---	---	---	---	---	1,44	1,3	1,32
África del norte	---	---	---	---	---	---	---	3,3	3,65	3,29
África subsahariana	---	---	---	---	---	---	---	2,11	1,97	2,01
América del norte	---	---	---	---	---	---	---	0,19	0,18	0,18
América central y Caribe	---	---	---	---	---	---	---	2,74	2,94	3,09
América del sur	---	---	---	---	---	---	---	23,32	21,79	20,69
Asia	---	---	---	---	---	---	---	1,52	1,73	1,89
Oceanía	---	---	---	---	---	---	---	0,01	0	0,01
N/C	---	---	---	---	---	---	---	0,03	0,05	0,02
Estado civil										
Soltera	62,98	63,25	64,43	64,47	65,84	66,26	67,63	68,23	68,26	68,16
Casada	27,34	27,43	26,21	25,93	25,02	24,58	23,76	23,56	22,92	23,63
Viuda	0,79	0,65	0,69	0,59	0,61	0,55	0,49	0,44	0,44	0,38
Divorciada	2,04	2,29	2,57	2,52	2,49	2,87	3,1	3,3	3,75	3,56
Separada	6,24	5,97	5,6	5,66	5,52	5	4,32	3,9	3,95	3,54
N/C	0,62	0,41	0,49	0,83	0,52	0,73	0,72	0,56	0,68	0,73
Nivel de instrucción										
Analfabeta	0,4	0,4	0,35	0,49	0,44	0,5	0,42	0,61	0,76	0,58
Sin estudios	2,96	2,73	2,49	2,17	2,25	2,66	2,31	2,45	2,88	3,03
1 ^{er} grado	17,47	17,99	16,27	17,04	24,57	22,65	21,82	21,84	23,87	24,02
2 ^o grado, 1 ^{er} ciclo	31,8	31,75	33,72	33,64	31,7	29,92	32,38	32,66	30,28	29,48
2 ^o grado, 2 ^o ciclo	29,48	30,22	30,48	30,11	28,14	28,1	27,56	27,82	27,71	27,61
3 ^{er} grado (escuela)	9,44	9,17	9,41	9,16	8,82	8,92	8,7	8,48	8,25	8,6
3 ^{er} grado (facultad)	6,97	6,76	6,24	6,26	6,06	6,29	5,8	5,34	5,45	5,62
No clasificable	0,69	0,46	0,36	0,14	0,35	0,18	0,11	0,08	0,09	0,23
N/C	0,78	0,52	0,68	0,99	0,68	0,78	0,92	0,73	0,71	0,83
Abortos voluntarios previos										
0	75,35	73,45	72,73	71,89	70,38	68,88	67,57	66,24	64,91	65,14
1	18,68	19,69	19,99	20,18	21,2	21,98	22,93	23,47	24,16	23,74
2	4,08	4,74	4,9	5,06	5,54	6,05	6,25	6,7	7,16	7,21
3	1,07	1,29	1,38	1,39	1,63	1,79	1,92	2,05	2,2	2,36
4	0,37	0,45	0,47	0,6	0,59	0,63	0,68	0,75	0,8	0,78
≥ 5	0,25	0,33	0,4	0,46	0,57	0,59	0,59	0,7	0,7	0,68
N/C	0,2	0,05	0,14	0,42	0,08	0,09	0,06	0,09	0,08	0,07

Fuente: elaboración propia a partir de los Informes sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2008, 2009 y 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Atendiendo a la edad gestacional en que se realiza la interrupción, en general más del 60% se producen en las primeras ocho semanas de gestación, y conforme esta aumenta el porcentaje de mujeres que abortan va disminuyendo. Se observa no obstante que la categoría de entre 13 y 16 semanas va sufriendo ligeros altibajos desde el año 2004, pero

es en 2010 cuando alcanza la cifra más alta de toda la serie de años analizados, con un porcentaje de 6,68 (Ver Figura 3).

Los motivos de la interrupción durante el año 2010 antes y después de que se aprobara la ley se muestran en las Figuras 4 y 5. El porcentaje de mujeres que se amparaban en el

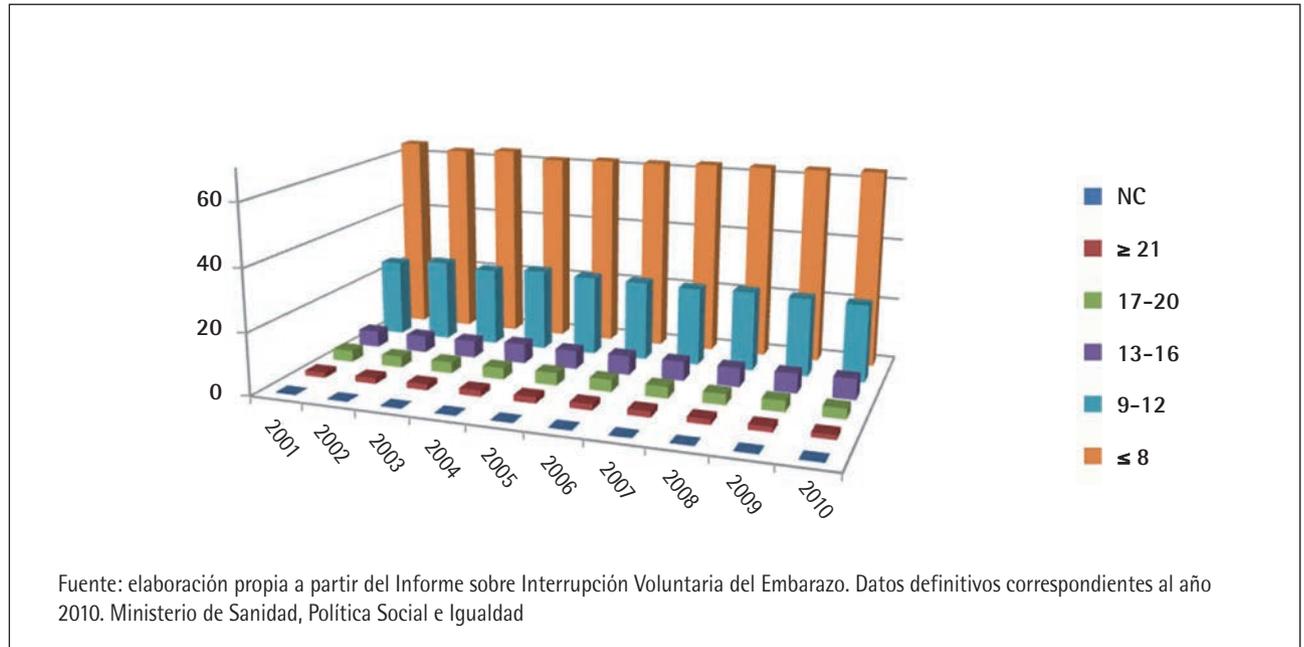


Figura 3. Porcentaje de IVEs según edad gestacional. Total nacional 2001-2010

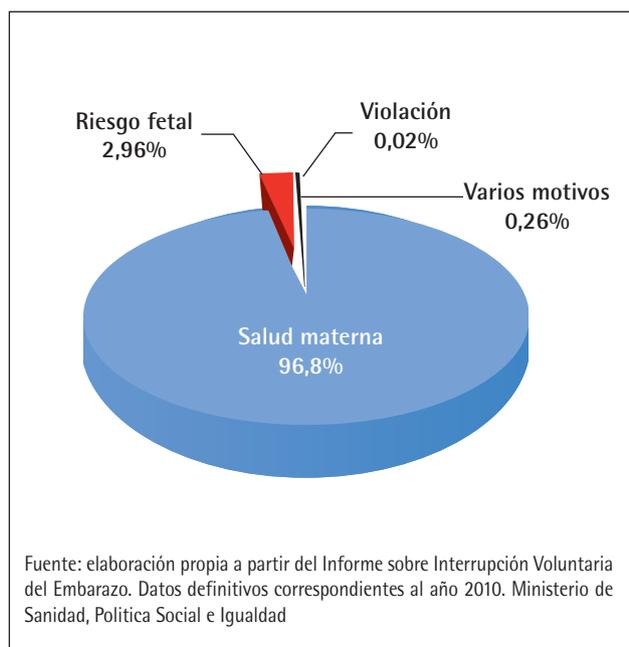


Figura 4. Motivos de interrupción (1 enero - 4 julio de 2010). Total de IVEs n= 54.546

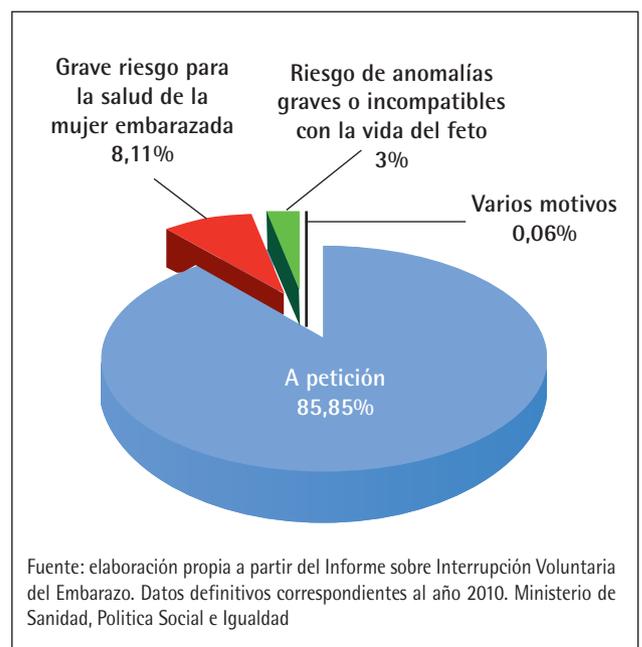


Figura 5. Motivos de interrupción (5 julio - 31 diciembre de 2010). Total de IVEs n= 54.546

supuesto de salud materna hasta el 5 de julio de 2010 es el más elevado y similar a todos los años anteriores, rondando el 97% de todos los casos. No obstante a partir de que se introduce la posibilidad de alegar "a petición de la mujer", esta indicación pasa a ser la mayoritaria con un porcentaje del 89%, pasando el motivo de riesgo para la salud de la embarazada a ser, a gran distancia, la segunda causa más aludida con un 8%. El supuesto relativo a riesgo fetal no muestra apenas variación en ambas etapas, siendo de 2,96% en la primera y de 3%, en la segunda.

Discusión

Los resultados de esta revisión muestran que la tasa nacional de IVE en España en el año 2010 ha sufrido un ligero ascenso, si bien, la tendencia desde el año 2008 es a disminuir. Teniendo en cuenta el efecto de la implantación de la ley, se puede observar que el número de intervenciones, en vez de aumentar en el segundo semestre del año 2010, disminuyó. De manera que las tesis que anunciaban un intenso aumento en el número de abortos como consecuencia de una ley de aborto libre dentro de los cuatro meses de gestación (16,17), por el momento se ven desbancadas o al menos se ponen en entredicho, a falta de poder analizar estos datos en un periodo de tiempo más extenso. Un efecto similar ya fue descrito anteriormente cuando el aborto fue despenalizado en los tres supuestos. Entonces tampoco se observaron diferencias en la tasa general de abortos al comparar las tendencias antes y después de que se reformara el artículo 417 del Código Penal (20). Aun así, es coherente experimentar una subida tras la despenalización, ya que la calidad de los registros va mejorando con la implantación de la ley, la cobertura se va ampliando y se va normalizando la situación hasta alcanzar un nivel que suele quedar estancado en pocos años, como ha ocurrido en otros países con legislaciones anteriores a la del estado español (20,21).

España, a pesar del aumento experimentado hasta el año 2008, donde se observa la tasa más alta alcanzada con 11,78 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva, nunca ha sido un país de tasa elevada en relación a los de su entorno (22). A nivel mundial entre 2003 y 2008, esta se sitúa en 28 abortos voluntarios por cada mil mujeres de edades entre 15 y 44 años, en Europa es de 24‰ (excluyendo los países del Este), y teniendo en cuenta a los del sur de Europa es de 17‰ (23). Se ha informado de que en los países europeos que tienen una ley de plazos las tasas son inferiores a los que tienen más restricciones (24). Incluso teniendo en cuenta la más alta que se ha alcanzado en el referido año 2008, la cifra se ha situado al mismo nivel de los países que tenían legislación a demanda de la mujer, aunque España por entonces no la tuviera (24).

Sería interesante haber conocido si el número de interrupciones por debajo de las catorce semanas, que indica la ley

como límite máximo para la interrupción a demanda, ha aumentado desde la aprobación de la misma. Pero esta información no se puede obtener a partir de los datos oficiales, ya que estas cifras no vienen especificadas antes y después de la adaptación de los cuestionarios a la normativa. Los datos son generales de todo el año, y en su conjunto se observa un aumento del número de abortos de menos de 16 semanas, sobre todo entre 13 y 16 y en gestaciones de menos o igual a ocho semanas. Pero como se ha referido anteriormente, precisamente en el segundo semestre del año el número total de interrupciones fue inferior al primero.

Un aspecto importante que hay que tener en cuenta es el peso que las IVE de las mujeres extranjeras juegan en la tasa nacional del estado español. Comparando con los escasos datos disponibles sobre interrupciones en mujeres nacidas fuera de los países receptores en Europa, las cifras de España son llamativamente superiores. Así entre el año 2000 y 2003 en Oslo (Noruega) la tasa por mil mujeres entre las inmigrantes trabajadoras fue del 19,9‰ y entre las refugiadas, de 30,2‰ (21). Más recientemente en el año 2008, el porcentaje de IVE en la república eslovaca de IVE entre no residentes era del 0,1%, en Finlandia, de 0,2%, en Bélgica, de 1,6%, en Reino Unido, de 3,4% y del 17%, en Portugal (24) frente al 44,4% de España. Si no se tuviera en cuenta la aportación que realizan las mujeres extranjeras a la tasa general, esta se reduciría a la mitad (6,7‰). De hecho las instituciones oficiales españolas y numerosos autores han atribuido la subida de la tasa nacional de IVE fundamentalmente al aumento de población femenina de origen extranjero (22,25,26).

Así, tras la lógica subida después de la despenalización y desde que se disponen de datos en 1987, las cifras se habían estancado prácticamente entre los años 1992 y 1997, y a partir de este momento vuelven a elevarse coincidiendo en la significativa llegada de población extranjera al estado español a finales de los noventa (22). Por otro lado, la diferencia en las cifras entre autóctonas y extranjeras ya ha sido informada por diversos autores (9,27,28) y algunos concluyen que ser inmigrante parece ser un factor de riesgo para la interrupción del embarazo (21,28,29). En un distrito sanitario de Almería se obtuvo que el número de solicitudes de IVE entre 1998 y 2002 alcanzó el 52,7% en mujeres inmigrantes y la tasa por mil mujeres entre 14-49 años era en 2002 de 81,6‰ frente a 1‰ en españolas, antes de que se dispusieran de datos a nivel nacional (30). Por su parte en Cataluña, durante 2005 se observó que el 27,7% de los embarazos entre inmigrantes terminaban en aborto frente al 14,2% de las autóctonas, y las tasas por cada mil mujeres se situaban en 26,7 y 8,1 respectivamente (31). En Andalucía, entre 2007 y 2010, se estimó en 3,95 (IC 95% 3,84-4,01) el riesgo ajustado de recurrir a una IVE entre las mujeres extranjeras con respecto a las autóctonas (28). Según los investigadores españoles esto puede ser debido a que la frecuencia de embarazos, en la relevante y crecien-

te población inmigrante femenina en edad fértil que ha llegado a España, es muy superior a la de las nacionales (21,28,29). Asimismo pueden influir factores relacionados con las dificultades que conlleva el proceso de migración, la situación en los países de origen donde los embarazos no deseados estaban aumentando entre otras causas por la falta de conocimiento y de acceso a métodos anticonceptivos eficaces, y a las desigualdades sociales y demográficas (9,27,29).

Con respecto al efecto de la ley en las menores de edad, los datos disponibles de los informes no permiten desagregar a los grupos que especialmente han llamado la atención de las críticas, es decir, a las mujeres de 16 y 17 años ya que la categoría más baja de edades se agrupan en menores o igual de 19 años. Aun así, lo que los datos muestran es que se mantiene la tendencia iniciada desde el año 2008 de reducción del número de IVE en menores. Resultaría interesante, por tanto, no solo disponer de esta desagregación, sino saber el volumen de mujeres de estas edades que acceden a la IVE sin que sus padres o tutores tengan conocimiento de ello, amparándose en la especial circunstancia de sus casos. Aun así se puede tener una aproximación a esta realidad a partir de un estudio realizado por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). En base a una muestra de 36 718 mujeres que interrumpieron su embarazo entre julio de 2010 y octubre de 2011, el 3,23% tenían edades comprendidas entre 16 y 17 años (n=1186) de las que 150 (13%) abortaron sin informar a sus padres o tutores, frente a un 87% que sí lo hicieron. Las causas alegadas se relacionan con las motivaciones expuestas en la ley, y son casos en los que los padres seguramente perderían la tutela paterna (32). De ello se desprende que lo normal parece ser que las menores informen a sus tutores y compartan la decisión, tal y como ocurriría antes de la implantación de la ley.

Sin embargo, lo que sí parece que la normativa ha permitido poner claramente de manifiesto, es que la principal causa de IVE, aducida hasta esta fecha, estaba ocultando un número importante de mujeres que en realidad no presentaban ningún tipo de patología física o mental. Aunque tuvieran otras motivaciones, debían ampararse en el supuesto de salud materna. Esta mayor transparencia en los motivos por los que las mujeres toman esta decisión debería llevar a los servicios socio-sanitarios a enfocar programas dirigidos a ofrecer una información más amplia sobre planificación familiar, fundamentalmente entre mujeres jóvenes y de procedencia extranjera. En este sentido un nuevo estudio de ACAI aporta datos a través de entrevistas individuales a 5100 mujeres que abortaron entre febrero y marzo de 2012. Informan que el 62,3% de ellas lo hicieron por causas que no tienen un origen económico, laboral o afectivo, simplemente no deseaban ser madres o volver a serlo en aquel momento, por lo que no cambiarían su decisión incluso aunque sus circunstancias mejoraran (33).

Con respecto al resto de variables analizadas en esta revisión, no se han detectado variaciones sustanciales en el año de implantación de la ley.

Como conclusión se podría decir que es innegable el papel que las leyes juegan en la modificación de las sociedades al crear nuevas formas, las cuales generan unos cambios que afectan a las vidas y a la salud de las personas (24). El caso de aborto es quizá uno de los más evidentes y sensibles a nivel mundial, pues la relación entre legalidad y morbi-mortalidad materna es más que evidente (34). Por eso, para interpretar los datos disponibles es esencial partir del estatus legal que en cada país se establece sobre el aborto (35).

El camino que en España está tomando la normativa, parece que lejos de estar claro, seguirá siendo foco de atención en las agendas políticas quizá por muchos años más, pero a la vez que las leyes modifican a la sociedad, aún más los cambios sociales hacen posibles las reformas jurídicas (34). Por tanto, toda investigación que aporte pruebas sobre el impacto de las diferentes políticas de aborto en la salud de las mujeres es necesaria para contribuir a conformar una base lo más sólida posible que permita avanzar en el conocimiento y, por consiguiente, en la toma de decisiones de legisladores y público en general sobre la interrupción voluntaria del embarazo (20). Esta revisión muestra que, a pesar de los esfuerzos por poner de manifiesto la realidad de España en este tema, todavía existen vacíos que deberían llenarse mejorando la adecuación de los sistemas de registro, así como a través de investigaciones de mayor rigor metodológico y epidemiológico.

Bibliografía

1. Ruiz Salguero MT, Cabré Pla A, Castro Martín T, Solsona Peiró M. Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución. Colección de estudios ambientales y socioeconómicos. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2005.
2. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del Art. 417 bis del CP: pág. 22.041. (Boletín Oficial del Estado núm. 166, del 12 de julio de 1985).
3. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo: sec. I, pág. 21001-21014. (Boletín Oficial del Estado núm. 55, del 4 marzo de 2010).
4. Galeotti G. Historia del aborto. Buenos Aires: Nueva Visión; 2004.
5. Rao KA, Faundes A. Access to safe abortion within the limits of the law. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006; 20(3):421- 432. [En línea] [fecha de acce-

- so: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: [http://www.best-practiceobgyn.com/article/S1521-6934\(06\)00034-4/abstract](http://www.best-practiceobgyn.com/article/S1521-6934(06)00034-4/abstract)
6. Melguizo Jiménez M, Luna Lora C, Marcos Ortega B, Bailón Muñoz E. Nueva ley del aborto, más que un problema legal o moral. *Aten Primaria* 2010; 42(8):403-405.
 7. De Lago M. Spanish abortion law comes under threat as opposition groups win judicial review. *BMJ* 2010; 341:c3606.
 8. ABC.es Sociedad. Los vaivenes del aborto en España. ABC.es [Internet] 2012 enero 26. [En línea] [fecha de acceso: 25 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.abc.es/20120126/sociedad/abci-vaivenes-aborto-espana-201201251404.html>
 9. Zurriaga O, Martínez Beneito MA, Galmés Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit* 2009; 23(Supl 1):57-63.
 10. Fernández López MI, Carrillo Navarro, Leal Hernández M, Carrillo Cañaveras I, Carrillo Navarro E, Sánchez Lozano ML, et al. Una aproximación al aborto e inmigración en España. El valor socioeconómico de la vida humana. *Cuad Bioet* 2010; 21(73): 313-26.
 11. Grupo Interdisciplinario del Institut Borja de Bioètica. Consideraciones sobre el embrión humano. *Bioética & Debate* 2009; 15(57):1-12.
 12. Grupo de interés español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Acceso al aborto en el estado español. Un mapa de inequidad 2008. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: http://www.apfcib.org/pdf/acceso_al_aborto_en_espana_%28gi_e_acai%29.pdf
 13. De Lago M. Spain changes law to allow abortion on demand up to 14 weeks and without parental consent. *BMJ* 2010; 340 (7746):559.
 14. rtve.esNoticias. El Gobierno recuperará la Ley del aborto de 1985 y exigirá a las menores consentimiento paterno. rtve.es-Noticias [Internet]. 2012 enero 25. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: www.rtve.es/noticias/20120125/gobierno-modificara-ley-del-aborto-para-introducir-consentimiento-paterno/492521.shtml
 15. terra.es. Gallardón contra el aborto por malformaciones del feto. terra.es [Internet]. 2012 julio 22. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://noticias.terra.es/espana/gallardon-contra-el-aborto-por-malformacion-del-feto,dd31388abfda8310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>
 16. Hoy.es. Aborto no. España, a la cabeza en abortos, mientras en Europa desciende la cifra. Hoy.es [Internet]. 2008 octubre 7. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://blogs.hoy.es/ABORTONO/2008/10/07/espana-la-cabeza-abortos-mientras-europa-desciende-la/>
 17. Derecho a vivir. Manifiesto. Declaración de Madrid. derechoavivir.org [Internet]. 2009 marzo 17. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://derechoavivir.org/declaracion-de-madrid/>
 18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
 19. Instituto Nacional de Estadística. Revisión del Padrón Municipal 2009, 2010 y 2011. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales) y sexo. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
 20. Peiró R, Colomer C, Álvarez-Dardet C, Ashton JR. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case study of Spain. *Eur J Public Health* 2001; 11(2):190-194.
 21. Vangen S, Eskiild A, Forsen L. Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. *BJOG* 2008; 115:1309-15.
 22. Observatorio de Salud de la Mujer. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de calidad. 2006. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/intVoluntariaJoven.pdf>
 23. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* 2012; 379(9816):625-632.
 24. Gissler M, Fronteira I, Jahn A, Karro H, Moreau C, Oliveira da Silva M, Olsen J, Savona-Ventura C, Temmerman M, Hemminki E, the REPROSTAT Group. Terminations of pregnancy in the European Union. *BJOG* 2011; 119:3324-32.
 25. Márquez Calderón S, Rodríguez Rodríguez M. Influencia de la población inmigrante en la variabilidad de la tasa de abortos entre Comunidades Autónomas. *Gac Sanit* 2009; 23(Supl 1): 72-73.
 26. Orjuela M, Ronda E, Regidor E. Contribución de la inmigración al aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo. *Med Clin*. 2009; 133(6):213-216.
 27. Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigrantes en un entorno urbano. *Gac Sanit* 2009; 23(Supl 1):64-66.
 28. Ruiz Ramos M, Ibáñez Gimeno L, García León FJ. Características sociodemográficas de abortos inducidos en Andalucía (España): diferencias entre poblaciones autóctonas y extranjeras. *Gac Sanit* 2012; 26(6): 504-511.

29. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez Campos E, Martínez Salmeron J, et al. Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007. *Contraception* 2011; 83:82-87.
30. Barroso García P, Lucerna Méndez MA, Parrón Carreño T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un Distrito sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002. *Rev Esp Salud Púb* 2005; 79:493-501.
31. Gispert Magarolas R, Ciot-Razquin G, Torné MM, Bosser-Giralt R, Freitas-Ramírez A. Diferencias en el perfil reproductivo de mujeres autóctonas e inmigrantes residentes en Cataluña. *Gac Sanit* 2008; 22(6): 574-7.
32. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Mujeres entre 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo. Investigación - ACAI (julio 2010-octubre 2011) [Internet]. 2011 noviembre 17. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/mujeres-16-y-17-anos-interrupcion-de-su-embarazo-investigacion-17-11-11.pdf>
33. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Condiciones que motivan el aborto provocado. 2012. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Condiciones-que-motivan-el-aborto-provocado-Estudio-ACAI-12-06-12.pdf>
34. ONU Mujeres. El progreso de las mujeres en el mundo 2011-2012. En busca de la justicia. [En línea] [fecha de acceso: 24 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://progress.unwomen.org/pdfs/SP-Report-Progress.pdf>
35. Temmerman M, Foster LB, Hannaford P, Cattaneo A, Olsen J, Bloemenkamp KWM, Jahn A, Oliveira da Silva M. Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006; 126:3-10.

¹ M^a del Mar González Fernández-Conde
² Fabiola Fraile Alonso
² Elena Fernández Vega
² Lorena González Pardo
² Laura Merino Rúa

La matrona ante la violencia de género. Propuesta de una intervención preventiva desde la Unidad Docente de Salamanca

¹ *Matrona. Responsable de la asignatura de Educación para la Salud de la Unidad Docente de Salamanca. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.*

E-mail: margonzalezf@gmail.com

² *Matrona residente de 2º curso. Unidad Docente de Salamanca. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.*

Resumen

En 1998 la OMS declaró la violencia de género (VG) como una prioridad internacional para los servicios de salud, y reconoció que es muy importante que existan programas sólidos de prevención para poder abordar este problema de salud tan complejo. La única estrategia de prevención primaria que ha demostrado cierta efectividad ha sido el desarrollo de programas escolares. Por este motivo, la Unidad Docente de Salamanca, se planteó hacer un programa escolar de prevención de la VG en un instituto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Objetivo general: contribuir a la prevención de la VG desde el ámbito de la especialidad.

Material y método: se ha realizado un programa preventivo escolar, llevado a cabo de forma multidisciplinar por una matrona, EIR de la especialidad y personal docente de un instituto de ESO. La muestra total ha sido de 286 alumnos/as (rango de edad 12,4-16,5).

Se realizaron tres sesiones en cada curso escolar (de 1º a 4º) en las horas de tutoría durante el curso escolar 2011-2012 y una intervención sensibilizadora sobre el personal docente.

La evaluación se ha realizado desde una perspectiva cualitativa, mediante la creación de dos grupos de 12 personas con dos alumnos/as de ambos sexos elegidos por sorteo de cada curso escolar. Se efectuó otra evaluación con el equipo docente.

Resultados: el alumnado está muy satisfecho con la intervención realizada (9,1 de media en una escala de 0-10). El programa ha servido para que identifiquen los estereotipos de género, la desigualdad entre hombres y mujeres, la no corresponsabilidad en las tareas domésticas y para conocer y crear una actitud de rechazo hacia la VG.

El equipo directivo y docente del instituto muestra una alta satisfacción (9,2 de media). Creen que la intervención sobre el alumnado ha servido para sensibilizarles a ellos mismos sobre la importancia del tema.

Conclusión: la evaluación muestra la gran aceptación que tiene la intervención de la matrona en el ámbito escolar. Se ha contribuido de una manera positiva a la prevención de la VG, aunque es necesario dar continuidad a las intervenciones y llevar a cabo evaluaciones más rigurosas en el tiempo.

Palabras clave: Violencia de género; matrona; prevención.

Abstract

Midwife's behavior in the face of gender violence A proposal for preventive intervention by the Teaching Unit at Salamanca

In 1998, a high international priority was ascribed by WHO to gender violence (GV) prevention by health services, and the importance of strong prevention programs to cope with the problem was clearly recognized as a useful approach for such a complex health issue. The only strategy for primary prevention having shown some effectiveness has been the development of school programs. This is the reason why the Teaching Unit at Salamanca developed a school program for GV prevention in a high school (instituto de Education Secondary Obligatoria [ESO]).

Purpose: *To contribute to GV prevention from a midwifery specialty point of view.*

Material and methods: *A preventive school program has been developed, based on a multidisciplinary approach, by a midwife, nurse-midwife specialty residents and teachers at an ESO pre-high school. A sample of 286 students (age range, 12.4-16.5 y) was selected.*

Three sessions were carried out at each grade (from 6th to 10th grades) during several tutoring periods throughout the school year 2011-2012, and an intervention to make teachers aware of the problem was also performed.

A qualitative evaluation has been done, based on the selection of two 12-subject groups including two randomly selected students (male or female) from each school grade. An additional evaluation was performed for teaching staff.

Results: *Students showed a high satisfaction with the intervention (mean score, 9.1 in a 0-10 scale). The program has helped to recognize gender stereotypes, gender inequality, and the absence of men partaking in household chores, and to understand GV and create a refusal attitude to GV.*

A high satisfaction was also reported by the high school managing team and teaching staff (mean score, 9.2). They believe the school intervention has made themselves more aware of the issue.

Conclusion: *Our evaluation shows a high acceptance for midwife intervention in a school setting. A positive contribution to GV prevention has been shown, although continued interventions and more rigorous evaluations will be needed in the future.*

Key words: Gender violence; midwife; prevention.

Introducción

La violencia de género (VG), llamada también violencia del hombre contra la mujer en las relaciones de pareja, es considerada, hoy en día, un problema de salud pública de primer orden (1) por las graves consecuencias que tiene para la salud física, psíquica y sexual de la mujer que la padece y de sus hijos e hijas (2).

Este tipo de violencia, lamentablemente, no es algo que pertenezca al pasado, sino que es un fenómeno de dramática actualidad. En España, aunque la prevalencia real es desconocida, diferentes estudios aportan cifras alarmantes. Entre 2003 y 2010, 545 mujeres murieron en este país víctimas de VG (3) y la última macroencuesta realizada por el Observatorio Estatal de Violencia contra las mujeres en 2011, refleja que el 10,9% de las mujeres mayores de 18 años ha sufrido este tipo de violencia alguna vez en la vida, lo que equivale a más de 2.150.000 de mujeres (4).

A pesar de los grandes avances en igualdad, de las campañas de sensibilización e información que se están realizando desde todas las instituciones y asociaciones que luchan contra la VG, las mujeres que la sufren son cada vez más jóvenes. En 2011, del total de mujeres muertas en España por VG a manos de su pareja o ex pareja, el 27,9% tenía 30 años o menos (3). Estudios sobre adolescentes (media de edad de 17 años) realizados en España por el Ministerio de Igualdad y la Universidad Complutense de Madrid indican que el 9,2 % de las adolescentes ha vivido ya situaciones de maltrato (aislamiento de sus amigos/as, conductas de control de ropa, horarios, insultos...), el 3,43% reconoce que su pareja o ex pareja le ha pegado, el 4,64% se ha sentido obligada a conductas de tipo sexual en las que no quería participar y el 6,52% ha recibido mensajes a través de Internet o del teléfono móvil en los que las insultaban, amenazaban, ofendían o asustaban (5).

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la VG como una prioridad internacional para los servicios de salud, declarando que el sistema de atención de salud juega un papel importante en la lucha contra este tipo de violencia y reconoció la importancia de la prevención (1).

Las matronas no podemos cerrar los ojos a este gran reto. Nuestro campo de acción es la mujer y nuestro perfil competencial reclama un profesional mucho más implicado en la faceta preventiva y de promoción de la salud de la mujer. Los programas preventivos que cuentan con mejores pruebas de eficacia son los programas escolares (5, 6) . Por esta razón, en la lucha desde nuestro ámbito contra la violencia de género, la Unidad Docente de Salamanca, dentro de la asignatura de "Educación para la Salud", se propuso realizar un programa de prevención escolar de la Violencia de Género, con el objetivo general de contribuir a la prevención de la VG desde el ámbito de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

Material y método

Se ha realizado un programa escolar de prevención de la VG en el "Instituto de Educación Secundaria Venancio Blanco de Salamanca". En este instituto existe una colaboración permanente del ámbito docente y sanitario desde 2002.

A principios de noviembre se realizó una intervención sensibilizadora sobre las/los docentes que explicaba los objetivos, el desarrollo y las actividades del programa preventivo. Los padres y madres del alumnado también fueron informados del programa.

El programa se realizó dentro de las aulas, en las horas de tutoría, en todos los cursos escolares de 1º a 4º de la ESO, tres sesiones por clase durante el curso escolar 2011-12, de noviembre a marzo.

El número total de alumnos/as que ha recibido el programa ha sido de 286 (rango de edad 12,4-16,5 años). La distribución por sexos fue del 46,5% varones y 53,5% mujeres.

Las sesiones fueron impartidas por una matrona, formada en VG y en su prevención, y por las/los EIR de la Unidad Docente, sobre los que previamente se realizó una formación teórica y práctica específica dentro de las clases de la asignatura de Educación para la Salud. La participación de las/los EIR en el programa fue voluntaria. Se realizaron un total de 36 sesiones educativas con dichos adolescentes.

El material educativo utilizado ha sido el material del Maletín =a2 (Igualados) Fórmulas para la Igualdad, del Proyecto Némesis. Fundación mujeres. Su autora es Eva Mª de la Peña Palacios y está disponible en: www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD2horiz.pdf, al que se han añadido vídeos de sensibilización.

La selección de este material, después de hacer una búsqueda exhaustiva de todos los materiales publicados a nivel nacional, se hizo por ser una herramienta ágil, dinámica, que favorece la participación del alumnado y por ser fácil de aplicar dentro del aula por las/los EIR. El material es muy extenso e incluye muchas actividades. Nuestra selección se realizó con el fin de alcanzar en las tres sesiones los siguientes objetivos:

- Fomentar la superación de los estereotipos asociados a los roles tradicionales de género.
- Promover relaciones de equidad entre los géneros.
- Educar en la corresponsabilidad de las tareas domésticas y del cuidado.
- Enseñar para la igualdad en el mundo laboral.
- Educar en la resolución no violenta de los conflictos.
- Impulsar actitudes de rechazo hacia la violencia en las relaciones de pareja.

- Conocer el concepto de VG en la adolescencia, para una identificación precoz y poder romper el círculo de la violencia.

De todas las actividades incluidas en este maletín, seleccionamos solamente algunas que nos permitieran alcanzar los objetivos propuestos (Tabla 1) y complementamos cada sesión con vídeos que ayudaron a la sensibilización de los/las alumnos/as. Todas las actividades fueron estudiadas y practicadas con las EIR que voluntariamente se apuntaron a la iniciativa (todas fueron mujeres).

La evaluación del programa se ha realizado desde una perspectiva cualitativa mediante la creación de dos grupos de 12 personas con dos alumnos/as de ambos sexos elegidos por sorteo de cada curso escolar. Se hizo una evaluación del grado de satisfacción del alumnado y del profesorado mediante una pregunta que cuantificaba de 1 al 10 el grado de satisfacción.

Resultados

Los resultados muestran que el alumnado está muy satisfecho con la intervención efectuada (9,1 de media en una escala de 0-10). A través de sus comentarios y opiniones (Tablas 2 y 3) muestran que el programa ha servido para identificar los estereotipos de género, la desigualdad entre hombres y mujeres, la no corresponsabilidad en las tareas domésticas, para conocer qué es la VG y crear una actitud de rechazo hacia ella.

Les ha sorprendido mucho hablar sobre estos temas en la clase y, especialmente, sobre las relaciones de noviazgo hoy día.

El equipo directivo y docente del instituto muestra también una alta satisfacción (9,2 de media). Creen que la intervención sobre los/las alumnos/as ha servido para sensibilizarles a ellos mismos sobre la importancia del tema, de tal manera que han solicitado una formación específica para el curso que viene.

A todo el grupo le ha gustado el programa realizado y el material utilizado. Los vídeos, y el análisis de sus relaciones de noviazgo han sido las actividades mejor aceptadas.

Incluimos una pregunta en la evaluación sobre la figura de la matrona como educadora en la adolescencia en el tema de la violencia de género, y la respuesta fue unánime: creen que es mejor que las sesiones las impartan profesionales especializados, porque hablar de las relaciones de noviazgo con tu profesor es "cortante". Nunca hasta ahora la matrona se había acercado a su medio para hablar sobre estos temas y tanto el profesorado como el alumnado lo ven como "positivo". Como elemento de mejora proponen continuar con la intervención y utilizar más vídeos, que es lo que más les gusta.

Discusión/conclusiones

No hemos encontrado, a nivel nacional, trabajos similares a este que nos permitan comparar intervenciones preventivas

Tabla 1. Actividades realizadas con el alumnado

<p>1. Primera sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • El origen de las desigualdades: analizamos las causas y elementos que originan y perpetúan las discriminaciones de género a través de los dibujos de los Simpson • Del sexismo a la igualdad, la escuela coeducadora: analizamos el tema del sexismo, la igualdad de oportunidades y la coeducación a través de canciones antiguas y de la época actual
<p>2. Segunda sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reparto de tareas, corresponsabilidad: analizamos la realidad viendo cómo se distribuyen las responsabilidades en casa y mediante el análisis de elementos publicitarios • Mundo laboral: analizamos el tema de la diversificación profesional y la igualdad en el ámbito laboral a través de la negatividad a feminizar determinadas profesiones o a través del Diccionario de la Real Academia de la Lengua.
<p>3. Tercera sesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de violencia de género en la adolescencia, causas y consecuencias • Violencia de género: se aborda el tema de la violencia contra las mujeres a través de reflexiones personales sobre sus relaciones de noviazgo. Importancia de la resolución no violenta de los conflictos en las relaciones personales

Tabla 2. Principales opiniones de los adolescentes en la evaluación

- "A mí Homer me encanta, me hace reír, aunque después de analizarlo sí que es un poco machista"
- "No tengo claro esto del género, yo creo que todo es cosa de feministas"
- "Yo sigo pensando que hay trabajos de hombres y mujeres: una mujer no puede trabajar de albañil y un hombre no va a trabajar lavando y planchando"
- "Hoy día nadie cuestiona que la mujer trabaje"
- "Si creo que no hay igualdad, me ha llamado mucho la atención la definición de hombre y mujer en el diccionario, aprendemos lo que nos dice la sociedad"
- "Yo creo que hoy día muchos padres se implican en el cuidado de los hijos, pero siempre al final, la que pasa más tiempo con los hijos es la madre"
- "Yo no conozco a nadie que pegue a su chica"
- "Yo sí conozco a chicos que gritan a sus chicas, o que les dicen cómo tienen que ir vestidas"
- "Lo de pegar a una chica y llegar a matarla es una barbaridad. Yo no conozco a chicos que sean capaces de hacerlo"
- "Tenemos que hablar más de las parejas de novios: a mí no me gusta que mi chica vaya con otros chicos, sí soy celoso y creo que todo el mundo lo es. Es un signo de amor"
- "El vídeo sobre la VG en chicos y chicas como nosotros creo que es muy real, sí pasa, yo lo veo. No sabía que eso se llamaba VG y que puede llegar a afectar a la chica. Me gustaría hablar más sobre ese tema"
- "Creo que todavía se transmiten muchas cosas machistas: los chistes, las películas, los anuncios... Hay muchas cosas que cambiar, pero si no te lo dicen no te das cuenta. La sociedad sigue siendo machista"
- "Aunque ahora trabajan muchas mujeres, hay muchas que se quedan en casa para cuidar de la familia. Yo no conozco a ningún hombre que lo haga"
- "En mi casa, la mayoría de las cosas las hace una mujer, la chica o mi madre"
- "También hay chicas que maltratan a sus novios"
- "Yo antes creía que los chicos, cuando pegaban a una chica, era porque estaban bebidos o drogados"
- "Me he dado cuenta, de que, aunque se han conseguido muchas cosas, la igualdad no existe y que las mujeres han tenido que pasarlo mal"

en VG realizadas por matronas en el ámbito escolar. En general, el profesorado o agentes de diferentes asociaciones son los y las profesionales más implicados en el desarrollo de estos programas (5,7), y en estos casos, apenas hay evaluaciones publicadas que posibiliten comparaciones y conclusiones.

La evaluación cualitativa de esta intervención se ha realizado, principalmente, para conocer cómo ha recibido, tanto el alumnado con el profesorado, la intervención, y poder sentar las bases de intervenciones más rigurosas, continuadas y evaluadas, no solamente cualitativa, sino cuantitativamente.

A pesar de las limitaciones, las opiniones mostradas en los grupos por los estudiantes nos permiten establecer algunas conclusiones sobre la intervención educativa.

Creemos que el alumnado ha identificado la existencia de estereotipos de género y la no corresponsabilidad en las tareas domésticas (los comentarios sobre Homer y Marge, "a las mujeres se nos educa para la belleza, para agradar a los demás, a los hombres se les permite mayor agresividad", "las mujeres se quedan en casa para cuidar a la familia, en casa plancha y cocina mi madre"; "hay muchos padres que se implican, pero siempre pasa más tiempo mi madre", "en casa la mayoría de las cosas las hace una mujer, siguen existiendo trabajos femeninos y masculinos"...), la desigualdad entre hombres y mujeres ("no hay igualdad, las mujeres han tenido que pasarlo fatal", "tenemos que seguir trabajando para conseguir la igualdad"...), y han conocido y rechazado la VG ("ahora sé lo que es la VG, no tienen que insultarnos, ni humillarnos, ni controlarnos, esto les pasa a chicas que conozco, creía que la causa era el alcohol o las drogas", etc.). Estos resultados

Tabla 3. Principales opiniones de las adolescentes en la evaluación

- "A mí Marge de los Simpson no me gusta nada, pero creo que mi madre tiene algunas cosas igual que ella"
- "Yo por ser mujer, no tengo que hacer las cosas de casa. Los hombres tienen mucho morro"
- "Los vídeos de violencia de género me han impactado. No sé como un hombre puede llegar a matar a una mujer, está loco"
- "Ahora sé lo que es violencia machista, antes solamente pensaba que consistía en que un hombre mataba a una mujer"
- "He visto que muchos de los derechos que tienen ahora las mujeres se han reconocido hace poco tiempo. Si hubiera vivido antes lo habría llevado fatal"
- "He visto que esto de la violencia de género le pasa a una amiga, su novio le controla la ropa, con quién va... Le he dicho que eso no es amor, pero no me hace caso"
- "A las mujeres la sociedad nos educa para la belleza y para agradar a los demás"
- "Lo del lenguaje es verdad, no hay derecho a que todo se diga en masculino"
- "A los hombres se les educa permitiéndoles mayor agresividad"
- "Sigue sin existir la igualdad"
- "Es verdad que hay chicos que quieren controlarle todo a las chicas, pero nosotras no tenemos que dejarnos controlar"
- "Tenemos que seguir trabajando para conseguir la igualdad"
- "No tenemos que dejar que los hombres hagan lo que quieran. No debemos ceder ante nada. Igualdad para todo, en casa, en el trabajo, etc. Hay que hacerlo"
- "Me he dado cuenta de lo importante que es saber qué es la VG, para que cuando lo notes en tu novio, le dejes"
- "Es verdad, no tienen que insultarnos, ni humillarnos, ni controlarnos, por mucho que te guste un chico no puedes permitir que te haga nada de esto"
- "Sí, en mi casa plancha mi madre, cocina mi madre, nos cuida mi madre. Mi padre la ayuda. Los dos trabajan"
- "Esto les pasa a chicas que conozco, pero antes no sabía que era violencia de género y lo que puede llegar a pasar"
- "Todavía no hay igualdad en el trabajo, aunque se ha avanzado mucho, siguen existiendo trabajos femeninos y masculinos"
- "Las mujeres no deberíamos dejar de trabajar para cuidar a nuestros hijos o, por lo menos, tendría que ser igual para hombres que para mujeres"
- "Es todo exagerado, yo soy celosa, y me gusta que mi chico sea celoso, no me importa salir únicamente con él, solamente me da voces cuando se emborracha"

se consideran muy importantes preventivamente, ya que para erradicar la VG es imprescindible en las generaciones futuras, eliminar el sexismo que subyace tras ella y los roles estereotipados de género, alcanzar la corresponsabilidad en las tareas domésticas, conseguir una presencia en igualdad de las mujeres en el mercado laboral y conseguir que todos los/las adolescentes detecten comportamientos de abuso o indicadores precoces del mismo en la fase de noviazgo para romper la relación cuanto antes (6-8).

A través de las ideas expresadas por el alumnado vemos también que queda mucho camino por recorrer ("no tengo

claro esto del género, es cosa de feministas", "soy celoso, creo que todo el mundo es celoso, es un signo de amor", "solamente me da voces cuando se emborracha").

Creemos que se ha contribuido de una manera positiva a la prevención de la violencia de género, aunque somos conscientes de que es necesario dar continuidad a las intervenciones (durante toda la estancia escolar, de 1º a 4º de la ESO) y evaluarlas rigurosamente.

La figura de la matrona como educadora en el ámbito escolar ha sido reconocida por el alumnado y el profesorado. Las EIR implicadas en la actividad muestran también una

alta satisfacción en el desarrollo del programa, de manera que se ha incorporado como práctica dentro de la asignatura de Educación para la Salud en la Unidad Docente de Salamanca. La matrona tiene un papel muy importante que desarrollar en el campo preventivo de la VG y en la educación en el ámbito escolar.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. Ginebra: OMS/OPS; 1998. p. 44-45.
2. Fernández Alonso MC, Guzmán Fernández MA (coords.). Violencia contra las mujeres en la pareja. Guía de Práctica Clínica. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. [En línea] [fecha de acceso: 10 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias-2/consejero-sanidad-presenta-guia-atencion-violencia-genero>
3. IV Informe Anual del Observatorio Estatal de violencia sobre la mujer. Secretaría de Estado de Igualdad. Delegación del gobierno para la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
4. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la secretaría de estado de servicios sociales e igualdad. Delegación del gobierno para la violencia de género.
5. Díaz-Aguado Jalón MJ, Carbajal Gómez MA (dirs.). Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia. Principales resultados de un estudio realizado en Centros Educativos de Educación no Universitaria. Universidad Complutense, Unidad de Psicología Preventiva. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2011.
6. OMS. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N° 239. Septiembre 2011. [En línea] [fecha de acceso: 11 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
7. DETECTA: Estudio de investigación sobre el sexismo interiorizado presente en el sistema de creencias de la juventud y adolescencia de ambos sexos y su implicación en la prevención de la violencia de género en el contexto de la pareja. Fundación mujeres. UNED, Facultad de Psicología. [En línea] [fecha de acceso: 11 de febrero de 2013]. URL disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/bbpp-proyecto.php?id_proyecto=34
8. De la Peña Palacios E, Ramos Matos E, Luzón Encabo JM, Recio Saboya P. Proyecto de Investigación sobre Sexismo y Violencia de Género en la Juventud Andaluza. Resultados y Recomendaciones. Sevilla: Fundación Mujeres y Universidad Nacional de Educación a Distancia. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2011.

¹ Coral Bravo Arribas
² Juan de León-Luis
² Francisco Gámez Alderete

Nuevos marcadores ecográficos en diagnóstico prenatal

¹ Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (Madrid). Profesora asociada de la Universidad de Alcalá (Madrid) E-mail: cbravoarribas@gmail.com
² Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Gregorio Marañón. Profesor asociado de la Universidad Complutense (Madrid)

Resumen

La detección prenatal de las anomalías cromosómicas representa uno de los principales objetivos del diagnóstico prenatal. Existen diferentes estrategias de cribado de estos defectos en la población general, siendo el cribado combinado del primer trimestre la herramienta que más utilidad ha demostrado hasta ahora.

Los marcadores ecográficos de anomalías cromosómicas se basan en el estudio ecográfico de características fetales y permiten mejorar la estimación individual del riesgo de cromosopatías. Entre ellos la medida de la translucencia nuchal fetal en el primer trimestre es el que mejores resultados aporta en términos de capacidad predictiva.

Otros marcadores ecográficos de primer y segundo trimestre pueden incorporarse a la exploración para mejorar su sensibilidad.

Palabras clave: marcadores ecográficos, diagnóstico prenatal, cromosopatías, cribado, materno-infantil.

Abstract

Novel ultrasound markers for prenatal diagnosis

Prenatal screening for chromosomal abnormalities is one of the main purposes for prenatal diagnosis.

A number of screening strategies for such innate defects in general population are available, and the combined screening in the first trimester has been until now the most useful tool for that purpose.

Ultrasound markers for chromosomal abnormalities are based on an ultrasound evaluation of fetal features allowing a better individual risk assessment for chromosomal diseases. Among them, fetal back of the neck translucence in first trimester has the highest predictive power. Other ultrasound markers in first and second trimester can also be included in ultrasound imaging assessment to improve sensitivity.

Key words: *ultrasound markers, prenatal diagnosis, fetus, chromosomal abnormalities.*

Introducción

Se define el diagnóstico prenatal como el conjunto de técnicas disponibles para conocer la adecuada formación y el correcto desarrollo del feto antes de su nacimiento.

En nuestra mano disponemos, hoy en día, de múltiples técnicas de diagnóstico prenatal. Entre ellas podemos hacer referencia a los métodos no invasivos, como la ecografía, que permite un estudio del producto de la concepción sin perjuicio para la madre ni para el feto en desarrollo; y a métodos invasivos ecoguiados, con los que se obtienen material del feto y/o de sus anejos. Entre estos últimos destacan, por su uso común, la biopsia corial, la amniocentesis y la cordocentesis; todas ellas aportan información muy valiosa, habitualmente para la confirmación de una sospecha ecográfica, pero presentan el inconveniente de poner en riesgo la gestación (1).

Entre los retos del diagnóstico prenatal en la primera mitad del embarazo nos encontramos con dos objetivos claves: el cribado de las alteraciones cromosómicas fetales y el diagnóstico precoz de las malformaciones. En este caso, nos centraremos en el primero de ellos por su importancia en el primer trimestre y por ser objetivo principal para el que se han desarrollado estrategias de selección de aquellas gestaciones de mayor riesgo de estos defectos cromosómicos, especialmente para la detección de la trisomía 21 o síndrome de Down.

El riesgo de esta anomalía es individual para cada paciente y depende de la edad materna y la edad gestacional. De esta forma, el riesgo de trisomía 21 se incrementa con la edad de la madre y disminuye con la edad gestacional al producirse interrupciones espontáneas del embarazo en casos de anomalías. A priori, el riesgo de trisomía 21 en una gestante de 35 años es de 1/250. Este criterio de selección basado exclusivamente en la edad materna, sin embargo, sobreestima los casos de trisomía 21 y supone la realización de pruebas invasivas en casos de fetos normales.

En la actualidad, existen distintos programas de cribado de anomalías cromosómicas fetales, cuya finalidad es seleccionar, de entre toda la población de mujeres gestantes, a aquellas con mayor riesgo de tener un feto con este tipo de alteraciones. En España, los centros sanitarios que prestan atención obstétrica, aplican en la población de gestantes que atienden algún programa de cribado. Entre todos ellos, el más común y con mejores resultados en la práctica clínica, con una tasa de diagnóstico de síndrome de Down de hasta el 85-95% es el denominado cribado combinado del primer trimestre (2). Este cribado consiste en el cálculo de un riesgo aproximado de defectos cromosómicos fetales en basándose en la combinación de varios factores:

- Datos personales maternos (edad, peso, hábito tabáquico, etnia, etc.).

- Determinación en sangre materna de los niveles de proteína plasmática A asociada al embarazo (*Pregnancy associated plasma proteina*, PAPP-A) y de la subunidad β de la fracción libre de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y 3) la medida de la translucencia nual fetal. Este último factor forma parte de los llamados marcadores ecográficos de defectos cromosómicos.

Los marcadores ecográficos son hallazgos fetales ecográficos (estructurales o funcionales) que, aunque están presentes en la población de fetos sanos de forma ocasional, son más frecuentes en los casos de defectos cromosómicos, hasta el punto de que se utilizan como herramienta de selección de los fetos en riesgo para estos defectos.

Marcadores ecográficos de cromosopatía en el primer trimestre

Pueden destacarse los siguientes:

Translucencia nual (TN)

Es la acumulación fisiológica de líquido en la nuca del embrión. Este acúmulo puede medirse en un plano ecográfico mediosagital (Imagen 1). Los valores habituales de esta medida han sido establecidos con anterioridad, así como su variación con la edad gestacional (3).

El incremento en el valor de la TN por encima del percentil 95 para una determinada edad gestacional se considera un factor de riesgo de defectos cromosómicos y cardiopatías fetales (3). Su incorporación como marcador ecográfico en el cribado combinado del primer trimestre permite alcanzar una tasa de diagnóstico de defectos cromosómicos de entre el 85-95% (tasa de falsos positivos 5%) (2).



Imagen 1. Vista ecográfica mediosagital en un feto de 12 semanas que muestra la medida de la translucencia nual

Frecuencia cardiaca (FCF)

En los embarazos normales la FCF aumenta de 110 latidos por minuto a las 5 semanas a 170 a las 10 semanas. Posteriormente se observa un descenso de la misma, hasta situarse en unos 150 latidos por minuto a las 14 semanas (4). En algunos defectos cromosómicos, como en la trisomía 13 o la trisomía 18, esta frecuencia está elevada y disminuida respectivamente, por encima de las cifras normales para una determinada edad gestacional (5).

Hueso nasal

La visualización del hueso nasal fetal es posible en un plano ecográfico mediosagital situando el transductor paralelamente a este hueso del feto (Imagen 2).

Su observación es importante en la medida en que la ausencia del hueso nasal o su hipoplasia se relacionan con el síndrome de Down o trisomía 21 hasta en un 60% (Tabla 1) (2). De igual forma está asociado a otras trisomías (trisomía 13 y 18) (2).

Ángulo facial

La determinación del ángulo facial fetal consiste en la medida del ángulo comprendido entre una línea recta trazada sobre la superficie superior del paladar y una línea recta trazada desde la punta más anterior y superior del paladar hasta la superficie del hueso frontal.

Entre un 45-55% de los fetos con defectos cromosómicos presentan un aumento de este ángulo, mientras que solamente se encuentra esta situación en un 5% de los fetos euploides (6).

Flujo a través del ductus venoso (DV)

Esta estructura vascular es esencial en la distribución del volumen sanguíneo en la circulación fetal durante la vida



Imagen 2. Vista ecográfica mediosagital en un feto de 12 semanas que muestra la medida de la translucencia nucal y la presencia de hueso nasal

intrauterina. Crea un flujo preferencial de sangre oxigenada desde la vena umbilical hasta la aurícula derecha y desde allí a la circulación sistémica a través del foramen oval, aurícula izquierda, ventrículo izquierdo y aorta.

Las características de la onda Doppler de este vaso son de utilidad en el cribado de defectos cromosómicos y/o defectos cardíacos. De esta forma, cuando la onda de flujo del DV es retrógrada durante la contracción auricular (onda A) existe un aumento del riesgo de defectos cromosómicos, cardíacos y muerte fetal (Imagen 3) (Tabla 1) (2). Sin embargo, es necesario recordar que en un 80% de los casos con onda A reversa el resultado del embarazo es normal.

Regurgitación tricuspídea

La presencia de cierto grado de insuficiencia valvular tricuspídea en el primer trimestre se ha relacionado con defectos cromosómicos y/o cardíacos fetales. Esta alteración está presente hasta en un 55% de los fetos con trisomía 21 frente a un 1% en fetos normales (Tabla 1).

Su detección constituye una indicación para realizar un estudio cardíaco fetal exhaustivo (2).

De entre todos los marcadores ecográficos descritos, la medida de la TN es la que presenta un mayor cociente de probabilidad positiva (test positivo entre los afectados/test positivo entre los sanos), es decir, es la que se encuentra asociada en mayor medida con una alteración cromosómica. La evaluación de los restantes marcadores mejora los resultados del

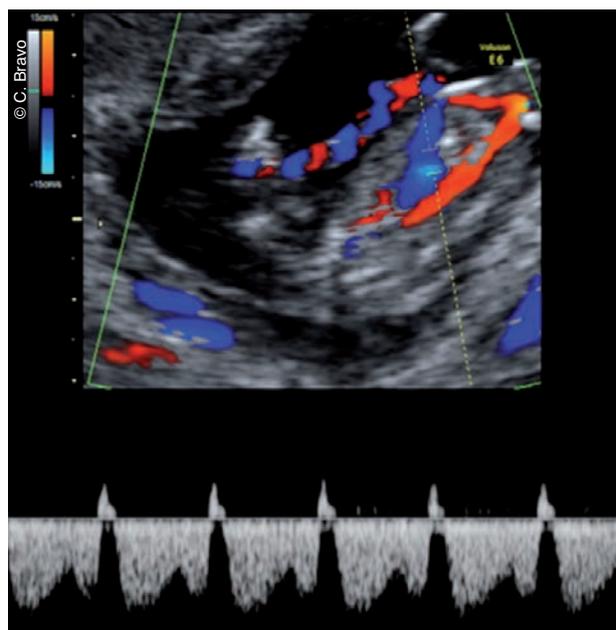


Imagen 3. Onda de flujo del ductus venoso fetal mediante Doppler color. Se observa la presencia de flujo reverso durante la contracción auricular

Tabla 1. Frecuencia de aparición de los marcadores ecográficos en fetos euploides y con cromosopatías (1)

	EUPLOIDES	TRISOMÍA 21	TRISOMÍA 18	TRISOMÍA 13
Ausencia hueso nasal %	2,5	60	53	45
Regurgitación tricuspídea %	1	55	33	30
Onda A del DV reversa %	3	66	58	55

test combinado, aumentando la tasa de detección o reduciendo la tasa de falsos positivos.

Estos marcadores adicionales pueden investigarse en todos los pacientes o, alternativamente, solamente en el 15% de gestantes con un riesgo intermedio en el cribado combinado (1 en 51 a 1 en 1.000) (Figura 1). El resultado de la aplicación sistemática y ordenada de estos marcadores en conjunción en el cribado combinado, resulta en una disminución de las pruebas invasivas en gestantes falsos positivos con la consecuente reducción en la frecuencia de complicaciones gestacionales y de los costes económicos. Globalmente, podemos decir que la tasa de detección de trisomía 21 mediante un test combinado que emplee la TN y la valoración del hueso nasal, la regurgitación tricuspídea o el DV es del 93-96%, con una tasa de falsos positivos del 2,5% (2). Es importante recordar que la presencia de estos marcadores al-

terados multiplica el riesgo a priori, pero la ausencia de los mismos igualmente lo disminuye (7).

Marcadores ecográficos menores

Las anomalías fetales menores o marcadores ecográficos menores son comunes en la población general (alta tasa de falsos positivos) y no se asocian generalmente con minusvalías a menos que haya una causa cromosómica subyacente. Su asociación con defectos cromosómicos es menor, por lo que se consideran marcadores de segunda línea.

A continuación van a revisarse algunos de ellos (7):

- Pliegue nucal: es el equivalente en 2º trimestre de la TN aumentada (> 5-7 mm). Se encuentra asociado a defectos cromosómicos, malformaciones e infecciones, estando presente en el 33% de las trisomías 21 y en el 0,6% de los fetos euploides (Tabla 2).

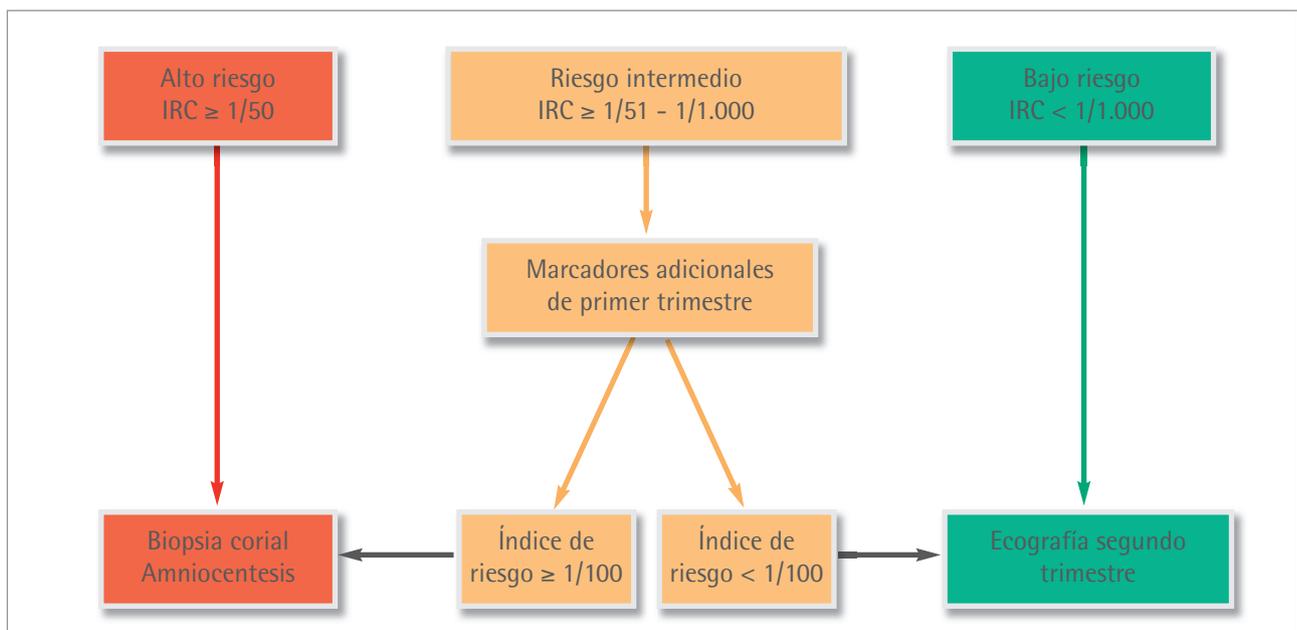


Figura 1. Esquema de manejo clínico para el diagnóstico prenatal de defectos cromosómicos en función de los resultados del cribado combinado de primer trimestre (IRC, índice de riesgo combinado)

Tabla 2. Incidencia de los marcadores ecográficos de segundo trimestre en fetos cromosómicamente normales y en trisomía 21. Cálculo del cociente de probabilidad positiva para cada marcador (6)

MARCADOR	NORMAL (%)	TRISOMÍA 21 (%)	COCIENTE DE PROBABILIDAD POSITIVA (%)
Pliegue nucal	0,6	33,5	9,8
Húmero corto	1,5	33,4	4,1
Fémur corto	5,2	41,4	1,6
Hidronefrosis	2,6	17,6	1
Foco ecogénico intracardiaco	4,4	28,2	1,1
Intestino hiperecogénico	0,6	13,3	5,2

- **Ventriculomegalia:** se define como el aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales por encima de los 10 mm y está relacionada con infecciones fetales, defectos cromosómicos y genéticos, hemorragia intraventricular o bien de causa desconocida. La incidencia de defectos cromosómicos en fetos con ventriculomegalia es del 10%, especialmente en los casos de leve a moderada.
- **Quistes de plexos coroideos:** son pequeñas formaciones quísticas de pocos milímetros de diámetro localizadas en los plexos coroideos de los ventrículos laterales. En más del 98% de los casos experimentan una resolución espontánea antes de las 28 semanas. Sin embargo, se encuentran asociados a la trisomía 18, habitualmente en combinación con otras anomalías fetales.
- **Foco hiperecogénico intracardiaco:** consiste en la presencia de un pequeño punto ecográficamente hiperecogénico alojado en el ventrículo (izquierdo o derecho). En el 90% de las ocasiones desaparece espontáneamente en el tercer trimestre. Su importancia reside en que es posible visualizarlo en un 28% en la trisomía 21 frente a un 4% en los fetos euploides (Tabla 2).
- **Intestino hiperecogénico:** consiste en un área intestinal fetal localizada que ecográficamente presenta un aspecto hiperecogénico, similar al hueso. Su detección se ha relacionado con defectos cromosómicos, hemorragia intraamniótica, insuficiencia placentaria y fibrosis quística (Tabla 2).
- **Huesos largos cortos:** se caracteriza por la presencia de una medida de la longitud de los huesos largos fetales (fémur, húmero, tibia, radio, etc.), pero debajo del percentil 5 para una determinada edad gestacional. Es posible hallarlo en el 33-41% de las trisomías 21 y en el 1-5% de los fetos euploides (Tabla 2).
- **Anomalías del tracto urinario:** algunas de sus alteraciones

como la hidronefrosis, la pielectasia o la megavejiga son más prevalentes en fetos afectados de trisomía 21, sin embargo su presencia se detecta hasta en el 2,6% de los fetos normales (Tabla 2).

Evolución del cribado de los defectos cromosómicos

Nuevos marcadores

En los últimos años, los progresos que ha habido en los equipos ecográficos de alta resolución, la utilización generalizada del Doppler color y la sistematización en la exploración del feto, han permitido detectar nuevos marcadores ecográficos cuyo estudio podría mejorar las tasas de detección de defectos cromosómicos fetales.

Estos nuevos marcadores, aún en estudio y continua evolución, se incorporarán en mayor o menor medida a los programas de cribado, muy posiblemente como marcadores de segunda línea. Algunos de estos son:

Arteria subclavia derecha aberrante (ASDA)

Esta arteria es el resultado de una alteración en el desarrollo embrionario de la ramificación de los troncos supraaórticos. La ASDA se origina en una posición distal en el arco aórtico, por detrás de la arteria subclavia izquierda, en lugar de hacerlo como una rama del tronco braquiocefálico como es habitual (8, 9). En su trayecto hacia el brazo derecho, al que irriga, pasa posteriormente a la tráquea y al esófago pudiendo ocasionalmente producir patología por compresión. Esta anomalía se encuentra en el 0,5-1,5% de la población general, siendo mucho más prevalente en los casos de trisomía 21 (25-30%), de ahí la importancia de su detección prenatal (10).

Hipoplasia tímica

El timo es un órgano alojado en el mediastino superior sobre los grandes vasos. Ejerce una clara influencia sobre el desarrollo y maduración del sistema linfático y en la respuesta inmunitaria defensiva del organismo.

La determinación de sus diámetros o perímetro, e incluso su relación con el diámetro torácico anteroposterior, ha permitido relacionar su hipoplasia con ciertas alteraciones cromosómicas, especialmente con el síndrome de Down y el síndrome de Di George (11-13). La hipoplasia tímica es también más común en casos de cardiopatías estructurales, como las conotruncales (Tetralogía de Fallot, truncus arterioso, etc.) (11).

Fracción de acortamiento ventricular

Estima el acortamiento del ventrículo cardiaco tanto en sístole como en diástole. Esta fracción parece estar incrementada en los fetos con trisomía 21 (14).

Flujo en la arteria hepática

Esta arteria es una rama del tronco celíaco que proporciona un 10% del aporte sanguíneo del hígado fetal. Tiene la capacidad de responder a situaciones de estrés intrauterino (crecimiento intrauterino restringido) mediante vasodilatación y aumento de perfusión. El incremento observado mediante estudio Doppler en su velocidad pico sistólica y la disminución de su índice de pulsatilidad están presentes hasta en un 75% de los fetos con trisomía 21, frente a un 7% en euploides (15).

Persistencia de vena umbilical derecha

Consiste en la obliteración de la vena umbilical izquierda durante el desarrollo embrionario y la persistencia de la derecha. Es la anomalía venosa más detectada prenatalmente.

Su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con fenómenos tromboembólicos. Existen dos tipos: con drenaje intrahepático (95%) y extrahepático (5%). Este segundo tipo acusa peor pronóstico. Ambos tipos pueden estar asociados a cromosopatías como la trisomía 18 y a otras anomalías estructurales (16, 17).

Medida del ángulo de la cresta ilíaca

Este ángulo parece estar aumentado en fetos con síndrome de Down tanto en los planos axiales como en los coronales (18).

La utilidad clínica de todos estos nuevos marcadores todavía está por determinar en muchos casos, así como la indi-

cación de su estudio para poblaciones de bajo o alto riesgo. Sin embargo, es innegable que la incorporación de nuevos datos ecográficos en el estudio del feto en desarrollo contribuirá a la mejora en el diagnóstico y abordaje de los defectos cuando estos están presentes.

En resumen, las herramientas de las que se dispone hoy en día para el cribado de cromosopatías pasan por ofrecer a la gestante el mejor test de cribado disponible en nuestro medio. Desde el punto de vista del diagnóstico prenatal, el empleo de marcadores ecográficos de defectos cromosómicos constituye un buen método en la selección de pacientes de alto riesgo.

La utilización de estos marcadores pasa por familiarizarse con su exploración y significado, empleando primeramente aquellos que han demostrado su mejor correlación con los defectos cromosómicos, como la translucencia nuchal. Otros marcadores con menor peso deben ser tenidos en cuenta durante la exploración y su uso sistemático dependerá de la experiencia del equipo y de las necesidades particulares de cada caso.

Bibliografía

1. Evans MI, Wapner RJ. Invasive prenatal diagnostic procedures 2005. *Semin Perinatol.* 2005; 29(4):215-218.
2. Nicolaides KH. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011; 31(1):7-15.
3. Nicolaides KH. Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191(1):45-67.
4. Papaioannou GI, Syngelaki A, Poon LC, Ross JA, Nicolaides KH. Normal ranges of embryonic length, embryonic heart rate, gestational sac diameter and yolk sac diameter at 6-10 weeks. *Fetal Diagn Ther.* 2010; 28(4):207-219.
5. Papageorgiou AT, Avgidou K, Spencer K, Nix B, Nicolaides KH. Sonographic screening for trisomy 13 at 11 to 13(+6) weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(2):397-401.
6. Chen M, Yang X, Leung TY, Sahota DS, Fung TY, Chan LW, et al. Study on the applicability of frontomaxillary facial angle in the first-trimester trisomy 21 fetuses in Chinese population. *Prenat Diagn.* 20; 29(12):1141-44.
7. Cicero S, Sacchini C, Rembouskos G, Nicolaides KH. Sonographic markers of fetal aneuploidy a review. *Placenta.* 2003; 24 (Suppl. B:S):88-98.
8. Bravo Arribas C, Gámez Alderete F, Pérez Fernández-Pacheco R, Ortiz Quintana L, De León Luis J. Prenatal diagnosis of an isolated aberrant right subclavian artery. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80(6):425-429.

9. Chaoui R, Rake A, Heling KS. Aortic arch with four vessels: aberrant right subclavian artery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 31(1):115-117.
10. Chaoui R, Heling KS, Sarioglu N, Schwabe M, Dankof A, Bollmann R. Aberrant right subclavian artery as a new cardiac sign in second and third trimester fetuses with Down syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(1):257-263.
11. Chaoui R, Heling KS, López AS, Thiel G, Karl K. The thymic-thoracic ratio in fetal heart defects: a simple way to identify fetuses at high risk for microdeletion 22q11. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 37(4):397-403.
12. De León-Luis J, Santolaya J, Gámez F, Pintado P, Pérez R, Ortiz-Quintana L. Sonographic thymic measurements in Down syndrome fetuses. *Prenat Diagn.* 2011; 24.
13. Paladini D. How to identify the thymus in the fetus: the thymic box. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 37(4):488-492.
14. Calda P, Brestak M, Tomek V, Ostadal B, Sonek J. Left ventricle shortening fraction: a comparison between euploid and trisomy 21 fetuses in the first trimester. *Prenat Diagn.* 2010; 30(4):368-371.
15. Zvanca M, Gielchinsky Y, Abdeljawad F, Bilardo CM, Nicolaidis KH. Hepatic artery Doppler in trisomy 21 and euploid fetuses at 11-13 weeks. *Prenat Diagn.* 2011; 31(1):22-27.
16. Martínez R, Gámez F, de León-Luis J, Suárez G, Sánchez P, Oriazales C. Perinatal outcomes after prenatal ultrasound diagnosis of persistence of right umbilical vein. *Ginecol Obstet Mex.* 2012; 80(2):73-78.
17. Weichert J, Hartge D, Germer U, Axt-Flidner R, Gembruch U. Persistent right umbilical vein: a prenatal condition worth mentioning? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 37(5):543-548.
18. Lee W, Balasubramaniam M, Yeo L, Hassan SS, Gotsch F, Kusanovic JP, et al. Iliac crest angle: a novel sonographic parameter for the prediction of Down syndrome risk during the second trimester of pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 35(2):163-171.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO



Introducción

Uno de los atributos que definen a las profesiones es que tengan su propio código deontológico. La profesión de matrona ha sido reconocida como tal a lo largo de toda la historia de la Humanidad. Con distintos status, según la conveniencia social, política, económica y hasta de los intereses de terceros, pero nadie se cuestiona que se trata de una profesión que tiene su propia identidad, independientemente de la configuración jurídica de la titulación de este momento.

La Asociación Española de Matronas ha estimado que en la actualidad resulta esencial y necesario que las matronas españolas tengan su propio Código Deontológico. Es cierto que existen otros códigos de referencia asumidos por el colectivo hasta el momento, que son el Código Deontológico de la Organización Colegial de Enfermería del Consejo General, otros Consejos Autonómicos y el Código Deontológico de la ICM (Confederación Internacional de Matronas), en cuya elaboración la Asociación Española de Matronas tuvo parte muy activa desde el inicio de su desarrollo, en la reunión celebrada en Madrid en 1991, de la que fue anfitriona y otras posteriores, hasta su aprobación definitiva por el Consejo Internacional en Vancouver en 1993.

En la primavera de 2010, la Junta Ejecutiva mediante Acuerdo 10/2010, decidió promover la creación de un Documento de Consenso en formato de Código Deontológico, personalizado para las matronas españolas, sobre las distintas situaciones de la actividad cotidiana en el trabajo, no recogidas en el Código de la Organización Colegial de Enfermería. Para ello, se nombró a un Grupo de Expertos para el diseño del primer borrador. Posteriormente, se iniciaron los pasos de divulgación, consultas y recogida de sugerencias a 1.200 matronas, a título particular, a todas las asociaciones autonómicas y a matronas españolas de reconocido prestigio. Una vez acabado el cronograma de consultas se cerró el Documento, siendo aprobado por la Asamblea General de la Asociación Española de Matronas por Acuerdo de 25/05/2011 y, posteriormente, por mayoría absoluta durante el XIV Congreso Nacional de Matronas, celebrado en Madrid el 28 de mayo de 2011.

El fin último de este Código es servir de base para el que un día, de un futuro no lejano, tendrá el Colegio Profesional de las Matronas Españolas.

M^o Ángeles Rodríguez Rozalén

Presidenta de la Asociación Española de Matronas

Preámbulo

Un Código Deontológico es un valor añadido para un colectivo profesional porque describe el conjunto de los fines de la profesión en relación con la sociedad, a quien ofrece sus servicios, y otras profesiones con las que se interrelaciona en su actividad. Define las normas que deben enmarcar el trabajo de sus miembros y pone especial acento en líneas y normas de conducta consideradas, desde un principio de honestidad, como adecuadas.

Este Código Deontológico debe constituir una declaración y catálogo de principios y valores éticos que sirvan de guía para la labor cotidiana de las matronas (hombres y mujeres) inmersos en cuestiones científicas todavía en debate y dentro de una sociedad cambiante que espera, en todo caso, como sujeto de derecho, recibir servicios de profesionales de probada competencia científica, cultural y de sólidas convicciones de carácter moral y ético. Además, se fundamenta en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) y la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996) y la legislación vigente en cuestiones de derechos a la intimidad, privacidad, autonomía y participación activa en la toma de decisiones, en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, también pretende ser un manifiesto y un compromiso de integridad, independencia, objetividad, confidencialidad y competencia profesional que sirva para fortalecer el grado de credibilidad y confianza de la sociedad hacia las matronas, considerando entre otras cosas, la complejidad de la naturaleza de las actividades del cuidado de



la salud y los límites en los que han de moverse las cuestiones éticas y deontológicas. Al mismo tiempo, centrado en el ordenamiento jurídico español sobre competencias profesionales existentes y la ética profesional como conjunto de actitudes personales de orden moral del colectivo. El Código aprobado no conlleva apartados referidos a las consecuencias punitivas de su incumplimiento, porque se espera que el colectivo de matronas españolas lo asuma e interiorice de forma voluntaria. Es distinto a los códigos de ética o deontológicos de las organizaciones colegiales que tienen la competencia de hacerlos cumplir. El Código Deontológico de las Matronas Españolas no obliga ni sanciona pero su incumplimiento determina la autoexclusión personal del compromiso formal de la mayoría.

Definición de Matrona de la Confederación Internacional de Matronas (revisada y adoptada por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en la reunión del 15 de junio de 2011, Durban, Sudáfrica)

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las "Competencias Esenciales de la ICM para la Práctica de la Partería Básica" y en el marco de las "Normas Globales de la ICM para la Educación de Matronas", que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y/o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de "matrona", y que demuestra competencia en la práctica de la partería.

Ámbito de la práctica

La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el apoyo necesario, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio; dirigir los nacimientos es la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de 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 solamente 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 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.

Declaración previa

- a) Declaramos que entendemos la gestación y el parto como un estado temporal de implicaciones somato-emocionales, bio-sociales y culturales de carácter singular y adaptativo que una mujer sana puede asumir con éxito y concluir de manera placentera. Por ello, las matronas promoverán la no intervención en los partos, cuando no sea necesaria, reforzando la confianza de las mujeres en sus propias capacidades.
- b) Declaramos que, a la vista de los cambios sociales, las distintas necesidades de las mujeres, los avances de las ciencias, la evidencia científica y lo que pueda acontecer en el futuro, mantener el máximo nivel de adaptación y actualización para dar la respuesta de mayor excelencia a las nuevas exigencias.
- c) Declaramos como creencia y desde el máximo convencimiento que donde haya una mujer que precise ayuda en educación, prevención o atención en su proceso afectivo-sexual y reproductivo, en relación al cáncer ginecológico, enfermedades de transmisión sexual, etc., también habrá una matrona.
- d) Declaramos que trabajaremos por la autonomía e independencia del trabajo de las matronas, respecto de otras profesiones, cercanas pero distintas.
- e) Declaramos oposición radical y activa ante cualquier tipo de violencia y, particularmente, a la violencia de género en cualquiera de sus facetas.

Capítulo I

Matronas y actividad asistencial

1. La matrona realizará todas sus actuaciones basándose en los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mujeres y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarle algún daño, poniendo especial énfasis en desarrollar actuaciones en prevención, primaria, secundaria y terciaria, y con particular acento en prevención cuaternaria en los partos de evolución espontánea.
2. La matrona trabajará en pro de la salud de las mujeres y sus hijos, desde la adolescencia hasta el climaterio, poniendo todos los medios y utilizando todos los recursos a su alcance para lograr este fin, abordando en su atención, las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que las mujeres no tengan cubiertas, en la salud y en la enfermedad, tanto en el proceso de embarazo, parto y puerperio, como en el ámbito de su salud sexual y reproductiva en cualquier etapa de su vida.
3. La matrona proporcionará sus servicios basados en la mejor evidencia científica y desde la perspectiva holística del proceso sexual y reproductivo.



4. La matrona atenderá las demandas de cuidados de las mujeres sin discriminación alguna, garantizando los derechos de igualdad, equidad y dignidad para todas las personas.
5. La matrona informará a las mujeres (o representantes legales según el caso) verazmente sobre la situación y evolución de su proceso, respetará el derecho de participación facilitando el ejercicio activo del mismo en la toma de decisiones, actuando con el previo consentimiento informado verbal o escrito.
6. La matrona se ocupará del cuidado del recién nacido sano hasta el día 28 de vida, atendiendo a sus necesidades, promoviendo y facilitando el apego y lactancia materna precoz, educando a las madres y a su familia sobre los cuidados que precisan para sí y sus hijos. También identificará cualquier alteración o anomalías que requiera la intervención de otros especialistas.
7. La matrona garantizará que sus actuaciones se basen en la actualización continua de su campo de conocimiento, en las necesidades concretas de cada proceso, así como en las necesidades singulares de cada mujer.
8. La matrona, en el desempeño de su actividad, respetará la intimidad de la mujer y su entorno, así como la confidencialidad de la información recibida de las mujeres y familia que atiende. Informará a la mujer y la familia de los límites de esta confidencialidad.
9. La matrona respetará el derecho de la mujer y/o su familia a rechazar un tratamiento o técnica, aun habiendo sido informada del proceso, con las limitaciones de que exista riesgo probado para su salud o la de su hijo.
10. La matrona aceptará la elección de la mujer de ser atendida o no, por ella misma o cualquiera de los profesionales en formación que estén a su cargo.
11. La matrona, como responsable de sus actuaciones, garantizará el derecho a la seguridad de la mujer y/o familia que atiende, protegiéndolos de prácticas incompetentes o no seguras.
12. La matrona colaborará en la recuperación psíquica y emocional de las mujeres que han sufrido una muerte perinatal, apoyándolas de manera que sean capaces de iniciar correctamente la elaboración del duelo.

Capítulo II

Matronas y la actividad docente

13. La matrona, como formadora de otros profesionales, transmitirá todos los valores esenciales relacionados con las buenas prácticas, integridad, honestidad, respeto, equidad y sinceridad en la relación con las mujeres, sus familias, sus colegas, otros profesionales y las instituciones.

14. La matrona, en la actividad docente, promoverá las buenas prácticas asistenciales basadas en la mejor evidencia científica y clínica, así como la ética profesional inherente al desarrollo de sus competencias en el cuidado y atención a la mujer, hijo y familia.
15. La matrona, como docente, garantizará que sus conocimientos se fundamenten en el estudio y actualización continua.
16. La matrona con residentes en formación clínica a su cargo velará por que estos cumplan las normas de este Código o, en su defecto, por el Código Deontológico que compete a su formación previa como enfermeras.
17. La matrona, con residente a su cargo, informará en todo momento del nivel formativo de este, a quien corresponda.
18. La matrona, como educadora social, transmitirá información comprensible, ajustada a la realidad del sistema y a la del proceso sobre el que informa en cada intervención.

Capítulo III

Matronas y actividad investigadora

19. La matrona trabajará en el ámbito de la investigación sobre la calidad de los cuidados y los servicios que proporcionan, sobre aspectos de prevención, promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, sobre la gestión de los recursos, sobre cuestiones relacionadas con la enseñanza y sobre todo lo que pueda determinar o favorecer la salud de las mujeres y sus familias y la actividad del colectivo profesional.
20. La matrona investigadora lo hará desde las más estrictas normas éticas, principios de la bioética y la legalidad vigente, con las autorizaciones necesarias, el consentimiento informado de los/las interesados y en el marco de la Declaración de Helsinki.
21. La matrona investigadora no se supeditará a ningún tipo de interés o necesidad extra-científica o intereses de terceros.
22. La matrona que participe en un equipo o colabore en cualquier proceso de investigación se asegurará del cumplimiento de los principios de la bioética de dicha investigación, siendo responsable de la aceptación o rechazo del mismo, sin que ello conlleve ningún tipo de discriminación por parte del resto del equipo investigador.

Capítulo IV

Matronas y actividad gestora

23. La matrona gestionará los recursos generales que le ha-



yan sido encomendados, con equidad, sin distinciones y buscando la máxima eficiencia, eficacia y efectividad.

24. La matrona gestionará los recursos humanos sin prejuicios hacia los profesionales gestionados, ni discriminación por razón de afinidades personales y en cumplimiento del Título I Capítulo II sobre Derechos y Deberes de la Constitución española de 1978.
25. La matrona rendirá cuentas de la gestión económica ante sus empleadores.

Capítulo V

Matronas como fedatarias públicas

26. La matrona realizará informes verídicos sobre su actuación en cualquiera de sus ámbitos profesionales siempre que sea necesario y a requerimiento de la autoridad, pudiendo extralimitar el principio de confidencialidad, a petición judicial.
27. La matrona expedirá certificados de nacimiento con la absoluta garantía de que los datos escritos corresponden a la verdad, como facultativo por la atención al parto y bajo ningún pretexto, petición alguna de familiares, profesionales o cualquier interesado, modificará la realidad acontecida.
28. La matrona documentará rigurosamente cada una de las actuaciones en los soportes previstos para tal fin en el lugar de trabajo (historia clínica, partograma, etc.) asumiendo la responsabilidad de lo escrito u omitido.

Capítulo VI

La matrona y el trabajo por cuenta propia o ajena

29. La matrona podrá trabajar bajo la figura jurídica de profesional liberal o por cuenta ajena, en establecimientos o entidades públicas, privadas, propias o en el domicilio de la mujer o familia por la que haya sido contratada.
30. La matrona, independientemente de la relación de que establezca en la prestación de sus servicios, trabajará desde el rigor exigido en el Capítulo I (Apartados 1 al 12) de este Código).
31. La matrona, cuando trabaje en establecimientos públicos, mantendrá un deber de lealtad al sistema con los límites que puedan plantearse en razón de cuestiones éticas o ante situaciones claramente injustas que vulneren derechos fundamentales de usuarios o de otros profesionales.
32. La matrona, cuando trabaje por cuenta propia, asumirá la obligación de mantener absoluta reserva de la información singular que se pueda obtener en la aten-

ción domiciliaria, por razones éticas y por respeto al derecho fundamental a la intimidad y protección de datos, previstos en la legislación vigente.

33. La matrona, al trabajar por cuenta propia, aplicará todo el rigor en la valoración de situaciones clínicas críticas, o que estén en los límites de las competencias propias, recursos disponibles y capacidad de resolución.

Capítulo VI

La matrona respecto de otros profesionales

34. La matrona no ejercerá ningún tipo de competitividad ni competencia desleal con sus colegas ni con otros profesionales en relación al trabajo ni con los honorarios privados.
35. La matrona, en caso de conflicto con el proceso o la persona a la que atiende podrá delegar en otra colega, garantizando así, el cuidado y atención continua requerida en cada situación.
36. La matrona al igual que la mayoría de los profesionales de la salud trabajará casi siempre en equipo. Este modelo, optimiza las decisiones clínicas en su conjunto. Para ello, evitará la confrontación y el prejuicio por falta de afinidad personal o diferencias de criterios.
37. La matrona no aceptará pactos secretos ni complicidad alguna con otros profesionales, cuando esa actuación conculque algún derecho de la mujer y su hijo o comprometa la salud de ambos.

Capítulo VIII

Matronas y sociedad

38. La matrona, con el presente Código Deontológico, sella un manifiesto y compromiso de integridad, independencia, objetividad, confidencialidad y competencia profesional conducente a fortalecer el grado de credibilidad y confianza de la sociedad hacia esta figura profesional.
39. La matrona, independientemente de credos personales, mantendrá en su vida privada una línea de conducta coherente con los valores que expresa este compromiso profesional.

Capítulo IX

Derechos de las matronas

40. La matrona tiene derecho a ser tratada con respeto y dignidad por usuarios, profesionales, gestores y administraciones.



41. La matrona tiene el derecho a la objeción de conciencia para no ejecutar maniobras o tratamientos que representen un conflicto moral o ético en relación a sus creencias personales y culturales. Para ejercer este derecho, previsto en el artículo 16.1 de la Constitución española, lo manifestará por escrito o verbalmente sin que dicho manifiesto conlleve ningún tipo de discriminación, pública o privada, o perjuicio en su persona o cargo profesional o por los demás miembros del equipo asistencial al que pertenezca.
42. La matrona tiene derecho a participar en la vida política con las asociaciones y administraciones, para diseñar e implementar programas sanitarios y sociales en salud afectivo sexual y reproductiva, beneficiosos para las mujeres, las familias y la sociedad en general.

Este documento ha sido propuesto, gestionado y editado por la Asociación Española de Matronas, después de la aprobación de la mayoría del colectivo, de la Asamblea General y del XIV Congreso Nacional de Matronas

Referencias bibliográficas

- Código Deontológico para Matronas de la Confederación Internacional de Matronas (ICM). [En línea] [fecha de acceso: 5 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.comadronas.org/bebe.php?name=Sections&op=viewarticle&artid=14>
- Constitución española de 1978.
- Decálogo de la buena matrona. Madrid: Asociación Española de Matronas; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 5 de febrero de 2013]. URL disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/Decalogo_de_la_buena_matrona.pdf
- Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial. [En línea] [fecha de acceso: 5 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- La Carta de Madrid. Madrid: Asociación Española de Matronas; 2005. [En línea] [fecha de acceso: 5 de febrero de 2013]. URL disponible en: <http://www.aesmatronas.com/SEMINARIOINTERNACIONALMATRONAS09/inicio.html>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). (Boletín Oficial del Estado núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado núm. 2740, de 15 de noviembre de 2002).
- Orden Ministerial 1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el Programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud. (Boletín Oficial del Estado núm. 45, de 21 de febrero de 2008).
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. (Boletín Oficial del Estado, núm. 280, de 20 de noviembre de 2008).

ENTREVISTA a María Teresa Gil Urquiza

*Supervisora del Área de Partos y Responsable de la Unidad
Docente de Matronas del Hospital Universitario
"Marqués de Valdecilla" (Santander)*

María Teresa Gil es enfermera y matrona desde el año 1985. Ha ejercido su labor como matrona en diferentes hospitales y, aunque por poco tiempo, también lo ha hecho en atención primaria. Desde hace aproximadamente un año ha cambiado su faceta asistencial por la de gestión, conjugando el puesto de supervisora de partos con la dirección de la Unidad Docente de Matronas a la vez que, por designación de la Consejería de Sanidad de Cantabria, participa en el Área de Planes de Salud de la Mujer de la Dirección General de Salud Pública.

Pregunta. ¿Cómo es, a grandes rasgos, el Hospital de Valdecilla con respecto a la atención obstétrico-ginecológica?

Respuesta. El Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" (HUMV) es el hospital de referencia para la atención obstétrica de la Comunidad Autónoma. Más del 75% de los nacimientos de Cantabria tienen lugar en el HUMV. Atiende las gestaciones y partos de alto riesgo de Cantabria y tiene una unidad neonatal de alto riesgo.

Tiene un total de 844 funcionantes, de las cuales 94 se destinan a la atención obstétrico-ginecológica, 45 en la unidad de puerperio y 49 en la unidad de hospitalización, destinada a la patología obstétrica y ginecológica, donde cuatro son camas de observación, doce hospital de día y 33 hospitalización convencional.

Durante el año 2011 se atendieron 3.805 partos. Cuenta con una plantilla orgánica de treinta y ocho matronas, treinta y un ginecólogos, dos biólogos, once MIR-ginecología-obstetricia y diez EIR-matronas.

P. ¿Cuál es la distribución del trabajo en este hospital? ¿Además del paritorio, las matronas tienen bajo sus cuidados otras plantas o servicios?

R. En este momento las matronas estamos ubicadas en el área

de partos y en la consulta de fisiopatología fetal. La supervisora de la unidad de hospitalización de puerperio es una matrona.

P. ¿Cuál es el sistema de registros de datos, en el área de partos, partograma, incidencias de embarazo, urgencias, etc.?

R. Hasta hace unos meses el único registro de la actividad se realizaba en los libros de registro, en papel convencional, y en el partograma. Este sistema generaba importantes deficiencias, sobre todo cuando se intentaban extraer datos para evaluar las prácticas asistenciales. Los datos tenían que extraerse de las historias clínicas, bien a través de los datos codificados o de la revisión de las historias.

En julio empezamos a llevar a cabo un registro de la actividad asistencial en un programa informatizado. Se han adaptado las variables a los indicadores que el Ministerio de Sanidad solicita para identificar las prácticas clínicas en relación con la asistencia al parto.

Las variables de actividad asistencial que se recogen en el programa informático constituyen una fuente de información básica para conocer, no solamente los resultados de los indicadores asistenciales, sino las prácticas clínicas que se desarrollan en el servicio. A partir de ellas, se podrán analizar los resultados, establecer líneas de mejora acordes con las guías de buenas prácticas clínicas e impulsar la investigación en el ámbito de las matronas.

P. En relación a la lactancia materna, ¿se realiza algún programa específico de apoyo a las mujeres durante su estancia en el hospital?

R. En Cantabria las matronas colaboramos activamente en la promoción y apoyo a la lactancia materna. La labor que se inicia en la atención primaria se continúa en el hospital.



Las madres y sus recién nacidos permanecen juntos desde el nacimiento hasta el momento del alta hospitalaria, excepto en situaciones que requieren ingreso del recién nacido en la unidad neonatal. En un 89,6% de los partos vaginales se inicia el contacto "piel con piel" en el paritorio y un 87,5% de las madres que desean amamantar a sus bebés inician la lactancia durante el puerperio inmediato, durante su estancia en el área de partos, antes del traslado a la planta de hospitalización.

En la planta continúa este apoyo a las madres que desean amamantar. El Hospital Marqués de Valdecilla ha iniciado el camino para adaptar las prácticas asistenciales a los estándares de calidad y conseguir a medio plazo el galardón del IHAN.

P. Hablando de política asistencial, ¿en qué forma ha cambiado el modelo de atención al parto y nacimiento después del año 2005, con la Carta de Madrid y con el Documento de Estrategia de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad de 2007?

R. Indudablemente se han introducido cambios. La no separación de madre y recién nacido desde el nacimiento hasta el alta y el protocolo del contacto "piel con piel" son muestra de ello, pero queda mucho por hacer.

Tras la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal del MSSSI, Cantabria publica el Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011 y la Estrategia de Atención al Parto Normal de Cantabria. También se modifican los protocolos de atención al parto de nuestro hospital. A pesar de que en esos documentos se reconoce la necesidad de un cambio en el modelo de atención obstétrica, a la matrona como generadora de ese cambio, y también como responsable natural de la atención al parto normal, en la práctica diaria no se alcanzan las recomendaciones.

P. ¿Cuál es el perfil y la nacionalidad promedio de las gestantes que se atienden en este hospital?

R. Existen dos perfiles bien definidos que se corresponden, uno con el de las mujeres nacionales y otro con el de las extranjeras afincadas en nuestra Comunidad Autónoma.

Las mujeres españolas que acuden a nuestro servicio tienen, en el momento de dar a luz a su primer hijo, una media de edad de 31, 28 años, y su tasa de natalidad se cifra en 8,69 x 1.000 nacidos/1.000 habitantes.

Frente a ellas, las mujeres extranjeras que utilizan nuestro servicio representan el 11,71%, porcentaje que ha fluctuado al alza desde 2003 (5,7%) hasta 2009, momento en el que se alcanzó la cota máxima (12,24%) de mujeres procedentes de otros países en nuestro servicio. A partir de este periodo se produce un punto de inflexión iniciándose el descenso paulatino, acorde con la tónica general de disminución de la natalidad en España.

Por procedencia, los países con mayores aportaciones son Rumania, Colombia, Perú, Moldavia, Marruecos y Portugal. La edad media de estas mujeres en el momento de tener a su primer hijo es sensiblemente inferior a la de las nacionales, situándose en 27,37 años y su tasa de natalidad es también más alta, de 17,469 nacidos/1.000 habitantes.

Todos estos datos son de 2011 y proceden del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Cántabro de Estadística (ICANE).

P. ¿Realmente cree que las matronas de su servicio son autónomas en el desempeño de sus funciones? ¿Ha habido algún cambio, favorable o desfavorable, al respecto?

R. En este momento podemos decir que las matronas no somos autónomas para desempeñar nuestro trabajo. No se trata de una impresión, puedo afirmarlo de manera objetiva, porque en marzo del año 2011, desde la Asociación Cántabra de Matronas, realizamos una encuesta para valorar el grado de autonomía de las matronas que trabajan en las maternidades públicas de Cantabria. La tasa de respuesta global fue del 94% y del 97,5% en el HUMV. Los resultados fueron determinantes, solamente el 38% de las matronas cántabras consideraron tener autonomía para tomar decisiones y atender a la mujer en un parto de bajo riesgo. En el HUMV únicamente el 25,6% de las matronas consideraba que sí tenía autonomía.

Preguntamos cómo había evolucionado esta autonomía en los últimos tres años y el 85,6% de las matronas de nuestro hospital opinó que había perdido autonomía en el periodo 2008-2011. Solamente un 7% señaló que había ganado autonomía. Analizando los datos, observamos que esta percepción de pérdida de autonomía era mayor al aumentar los años de experiencia profesional, el 24,2% en matro-

nas con menos de cinco años de experiencia frente al 45,5% en las profesionales con más de 15 años de experiencia.

Estamos obligadas a cambiar esta situación y hemos empezado a trabajar para recuperar la autonomía que debemos tener.

P. Ha quedado demostrado que un puntal importante de la satisfacción laboral son las buenas relaciones con la Dirección de Enfermería y en el plano más cercano con la supervisión de la unidad. En lo que a usted respecta, ¿se siente satisfecha con la interrelación con el equipo de dirección?

R. En este momento la relación con la Dirección de Enfermería del hospital es muy buena, nos han facilitado los cambios que hemos necesitado introducir.

El primero de ellos fue favorecer que las matronas pudieran trabajar en el turno que mejor se adaptara a sus preferencias, siempre que la continuidad y la calidad asistencial no se vieran mermadas o afectadas, y también apoyan las iniciativas que proponemos.

P. De la totalidad de la plantilla que gestiona, ¿cuál es su situación laboral?

R. A partir de enero de 2013 el incremento de jornada anual hace que sean necesarias 33 matronas para cubrir los turnos, manteniendo la dotación de seis matronas en cada uno y una en la consulta de fisiopatología fetal en horario de mañana. De las 33 matronas, 25 tienen plaza fija y ocho son contratos vacantes de plantilla. La Dirección de Enfermería ha querido estabilizar los contratos de las matronas y, recientemente, se han cubierto con vacantes todas las plazas, hasta completar las necesidades previstas para enero de 2013.

Tenemos también 21 auxiliares de enfermería que son fijas y luego hay vacantes de plantilla y otras con contratos eventuales. La plantilla de auxiliares también se estabilizará en su totalidad en cuanto finalice el proceso de Oferta Pública de Empleo.

P. En relación con las incidencias de la plantilla, (bajas, permisos, etc.), ¿cuál es la política de cobertura que puede aplicar?

R. Los permisos retribuidos de corta duración se cubren con las matronas de la plantilla, mientras la jornada no exceda a la prevista anualmente. Cuando se produce una situación de duración superior a 15 días se opta por contratar a otra ma-

Hospital de Valdecilla



trona. En este momento tenemos matronas en la lista de contratación disponibles que facilitan este tipo de soluciones.

P. Como sabrá, la Asociación Española de Matronas promueve la retribución de funciones propias del ámbito competencial de las matronas que nunca pudieron ejercer, en su totalidad, por falta de efectivos. Es decir, en el caso de un hospital maternal, desde la primera a la última planta debería estar a cargo de las matronas, por ser los profesionales más idóneos, dada su capacitación para las actividades propias de dicho establecimiento sanitario. ¿Existe alguna iniciativa por su parte para hacer realidad dichas retribuciones a corto, medio y largo plazo?

R. Lógicamente esa es nuestra aspiración y ahora nuestra oportunidad. Actualmente se está construyendo la nueva maternidad del HUMV que, muy probablemente, estará finalizada en 2015. Es un momento clave para promover cambios y concebir servicios sanitarios orientados a atender a las mujeres donde estemos presentes las matronas.

A corto plazo trabajamos en un proyecto de continuidad asistencial y atención al puerperio normal que ha sido promovido por el Dr. de Miguel, jefe del servicio de obstetricia, apoyado por las Direcciones Médica y de Enfermería del hospital, y está respaldado por la Consejería de Sanidad. Se trata de incorporar en las competencias de las matronas hospitalarias la atención al puerperio normal en los partos normales. Será la matrona quien atienda a las mujeres durante el puerperio hospitalario, tomará las decisiones sobre los cuidados que requiere hasta el momento del alta. Apoyará activamente la lactancia y la promoción de los cuidados de salud individualizados. Los datos de la atención al parto que recogemos en el programa de registro de partos se completarán con los relevantes de la evolución durante el ingreso, y con ellos se elaborará un "Informe de matrona al alta" que se incorporará al visor de historia clínica corporativo. Antes del alta, la madre tendrá asignada una doble cita con la matrona en el centro de salud: para la primera revisión postparto y para su hijo/a con el pediatra. La matrona de AP continuará el seguimiento del puerperio tardío. Garantizamos así la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles. Este proyecto pretendemos que esté finalizado en el primer semestre de 2013.

Al mismo tiempo, abordamos la revisión de los protocolos de atención al parto normal, donde pretendemos corregir los aspectos que interfieren las competencias de las matronas e incluir un protocolo de ingresos y egresos que gestionará la matrona.

Si las políticas sanitarias nos apoyan, y gerencias, matronas, obstetras y ginecólogos somos capaces de mantener esta línea de mejora, haremos importantes avances y muy probablemente en 2015 la maternidad del HUMV ofertará una atención a las mujeres incluyendo a las matronas en

sus áreas asistenciales. Estaremos ante un pleno desarrollo de las funciones de las matronas (o muy cerca de ello) y tendremos unos programas de atención a las mujeres de calidad y eficientes.

P. ¿Cómo ve la formación de las matronas? ¿Cuál es el mayor reto que se plantea en este terreno?

R. La formación que reciben las matronas en Cantabria es de muy alta calidad, pero siempre hay retos. Consideraría dos, por un lado ampliar y mejorar la formación de las EIR en el ámbito ginecológico. Si queremos la presencia de matronas en las unidades de reproducción, urgencias y unidades de hospitalización ginecológicas debemos ahondar en esta formación. Nos encontramos con dificultades para desarrollar unas rotaciones productivas porque no tenemos matronas en estas áreas.

Por otro lado, otro de los desafíos es la investigación. Desarrollar una cultura investigadora, crear matronas motivadas en la investigación y convencidas de la importancia de desplegar estas capacidades es un reto difícil porque las propias matronas asistenciales no han desarrollado en Cantabria esos talentos. En nuestra Comunidad Autónoma hay excelentes matronas asistenciales, pero escasa producción científica. La investigación no resulta siempre atractiva, se considera pesada y elitista. Son conceptos que deben cambiar. Un buen proyecto no tiene por qué ser rebuscado, ni sofisticado, basta con que sea útil.

Desde la Unidad Docente este año hemos introducido cambios en esta materia, intentando aumentar la motivación y el apoyo a las EIR en el diseño y realización del proyecto de investigación que han de presentar antes de finalizar su formación.

P. ¿Cómo es posible conciliar las tres facetas de su trabajo? ¿Qué satisfacción destacaría de cada una de ellas?

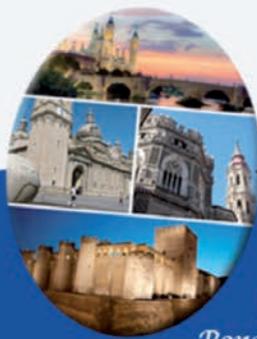
R. En este momento se daba una condición favorable para atreverse con esta tarea que reconozco es ambiciosa. En Cantabria tenemos una Consejera de Sanidad con un interés real por mejorar la atención a la salud de las mujeres y que considera a la matrona un profesional determinante para conseguirlo. Es, por lo tanto, el momento de intentar dar pasos consistentes que apoyen el desarrollo de unos programas de atención a la salud de las mujeres donde estemos presentes las matronas.

En Cantabria es también el momento de demostrar que, estando las matronas en estos programas, las mujeres van a estar mejor atendidas, la continuidad asistencial va a estar garantizada y el gasto sanitario controlado. Ahora es cuando hay que poner de manifiesto que estamos capacitadas para trabajar de forma autónoma, científica y técnicamente. Es la etapa de asumir responsabilidades.

Agenda – Congresos

XVI Congreso Nacional de Matronas Zaragoza, 6-8 de junio de 2013 www.16congresonacionaldematronas.es

XVI Congreso Nacional de Matronas
Asociación Española de Matronas
II Congreso Nacional
Asociación Científica de Matronas de Aragón



Zaragoza 6, 7, 8 de junio de 2013

Porque la salud de la mujer está en tus manos

Bajo el lema **“Porque la salud de la mujer está en tus manos”**, se consagra nuestra alianza con las mujeres y el principio del rol inequívoco en la prevención y cuidados de la salud de las mujeres y sus familias.

Para la celebración de un congreso de estas características, obviamente, no hay un objetivo único, realmente existen una serie de objetivos generales de los cuales el primero es el de congregar un foro de encuentro científico y social entre las matronas que impulse la actualización del marco teórico de las funciones propias de la profesión, facilitar el encuentro y la comunicación y reflexionar sobre los cambios sociales que implican nuevas demandas en el trabajo de las matronas. Y algo igualmente vital, como es mantener la profesión viva y pujante analizando “desde dentro” las líneas de evolución necesarias.

Se ha intentado, como siempre, hacer un programa extenso, no solamente en cantidad sino en calidad, distribuido en cinco mesas principales con temas apasionantes y actuales que darán cumplida respuesta a las expectativas de los congresistas

El XVI Congreso Nacional de Matronas contará con Acreditación del Sistema Nacional de Salud que siempre le ha otorgado, en cada edición, la cifra más alta de créditos de todos los congresos de matronas y otros profesionales de la salud.

El sector congresos en su conjunto no escapa de la tónica general generada por la crisis económica que estamos atravesando, sin olvidar que la mayoría de los profesionales han visto recortadas sus retribuciones. Por ello, con singular atención, se han ajustado los presupuestos para que la cuota de inscripción resultante sea lo más baja posible.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y de la Asociación Científica de Matronas de Aragón invitamos a todas las matronas, y las que en un futuro lo serán, a que acojan esta convocatoria con entusiasmo, colaboración y participación por dos buenas razones: por amor a la profesión, por hacer muy visible la marca MATRONA.

Te esperamos en Zaragoza en primavera, ¡no te arrepentirás!

Agenda – Formación continuada

**Próximo curso de la Asociación Española de Matronas
Del 15 al 19 de abril de 2013**

OSTEOPATÍA GESTACIONAL



Objetivo

La matrona aprenderá a controlar, ayudar a la gestante y resolver diferentes dolencias y disfunciones propias del proceso (lumbalgias y ciáticas, trastornos digestivos, cefaleas, etc.) y al mismo tiempo adquirirá conocimientos de las disfunciones más habituales del lactante.

Pertinencia

Considerando las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en relación a la atención al parto normal, las matronas deben conocer métodos alternativos para el alivio del dolor en el cuidado de las mujeres que no deseen utilizar tratamientos farmacológicos.

Estructura

Es un curso específico de osteopatía gestacional de 20 horas, en el que también se dará información técnica clínica de osteopatía infantil. Está diseñado para matronas, de manera que todos y cada uno de los temas están directamente relacionados con el trabajo de cada día.

Asignaturas

- Terapia craneosacral.
- Osteopatía craneal.
- Reorganización tensional craneal y corporal.
- Osteopatía estructural.

Aplicabilidad

- Trastornos digestivos.
- Deformaciones craneales.
- Escoliosis.
- Tortícolis.
- Disfunción de los nervios craneales.
- Nerviosismo e insomnio.

Profesores

Raúl Guzmán Mora. *Director del Instituto de Formación y Desarrollo Clínico en Terapias Infantiles (IFENTI). Titulado Superior en Osteopatía por el Real Centro Universitario María Cristina de San Lorenzo de El Escorial. Jefe del Servicio de Osteopatía en Clínica VASS.*

Laura Hernández Riesgo. *Osteópata.*

Andrés Sampedro García. *Osteópata.*

Financiación

Presupuestos de formación 2013 de la Asociación Española de Matronas.

Inscripción:

Email: matronas@asociacion-nacional.com

Tel./Fax: 91 501 05 09

Lugar: Asociación Española de Matronas. Avda. Menéndez Pelayo, 93. 3ª planta. 28007 Madrid.

NORMAS de PUBLICACIÓN

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

NORMAS PARA CADA SECCIÓN

Artículos originales

Descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica y rigurosa. La extensión máxima será de doce páginas, conteniendo un máximo de seis tablas y seis figuras.

Colaboraciones cortas

Se tratará de artículos originales de menor entidad cuya extensión no supere las seis páginas, tres tablas y tres figuras.

Revisiones

Serán revisiones de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés que contenga un análisis crítico que permita obtener conclusiones. Tendrán una extensión máxima de doce páginas, diez figuras y seis tablas.

Documentos especiales

Informes, protocolos o documentos importantes para el colectivo.

Agenda

Noticias, cursos, convocatorias de reuniones y congresos, así como de premios y becas.

Aquí y ahora

Entrevistas a matronas en su lugar de trabajo.

NORMAS PARA EL ENVÍO DE TRABAJOS

Idioma: castellano.

Envío de originales

La preparación del manuscrito original tendrá que hacerse de acuerdo a las normas y requisitos de uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas. Deberá incluirse siempre:

Carta de presentación

Será necesario hacer constar en la misma:

- Tipo de artículo que se remite.
- Declaración de que es un texto original y no se ha enviado o se encuentra en proceso de evaluación en otra revista.
- Datos de contacto del autor/a principal: nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución.
- Si se tratase de estudios realizados en seres humanos, debe enunciarse el cumplimiento de las normas éticas del comité de investigación o de ensayos clínicos correspondiente y de la Declaración de Helsinki vigente.

Título

Se indicarán, en página independiente y en este orden, los siguientes datos: título del artículo en castellano, apellidos y nombre de todos los autores, separados entre sí por una coma (se aconseja que figure un máximo de seis autores). Mediante números arábigos, en superíndice, se relacionará a cada autor/a, si procede, con el nombre de la institución a la que pertenece y se reseñará una dirección de correo electrónico que desean hacer constar como contacto con **matronas hoy**.

Resumen

Deberá ser comprensible por sí mismo sin contener citas bibliográficas.

Será redactado obligatoriamente en los siguientes idiomas: español e inglés, respetando en todo caso la estructura del trabajo: introducción, objetivos, método, resultados, discusión y conclusiones.

Palabras clave

Ha de incluirse al final de resumen un máximo de cinco palabras clave que coincidirán con los descriptores del Medical Subjects Headings (meSH), accesible en la URL siguiente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Abreviaturas

Se incluirá un listado de las abreviaturas presentes en el trabajo con su correspondiente explicación.

Texto

De acuerdo a la estructura siguiente:

- Introducción.
- Objetivos.
- Método.
- Resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.

Bibliografía

Es necesario especificar en la metodología, el diseño, la población estudiada, los sistemas estadísticos y cualesquiera otros datos necesarios para la comprensión del trabajo.

Agradecimientos

En este apartado se citarán las ayudas de todo tipo, recibidas señalando la entidad o empresa o personas que las facilitó.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se ordenarán y numerarán por orden de aparición siguiendo las normas de Vancouver en su última versión.

Figuras y fotografías

Las imágenes deben ser enviadas en ficheros con alta resolución y formato JPEG (no sirven pegadas en el documento de Word). Si se utilizan fotografías de personas identificables, es necesario tener la autorización para su publicación. Si se presentan imágenes procedentes de libros, páginas web, etc., hay que comprobar los derechos de autor y conseguir la correspondiente autorización cuando sea precisa.

Todas las figuras irán numeradas por orden de aparición en el texto, acompañadas de sus respectivas leyendas en un fichero de texto.

No se admiten ficheros de Power-Point ni similares.

Tablas

Todas las tablas irán debidamente numeradas por orden de aparición en el texto, acompañadas de su respectivo número y pie de foto en un fichero de texto.

ENVÍO DE ORIGINALES

Los trabajos se remitirán por vía electrónica a través de la dirección de correo: matronashoy@grupo-paradigma.com

Evaluación de originales

Los trabajos remitidos para publicación serán evaluados mediante el método de la doble revisión por pares.

PROCEDIMIENTO EDITORIAL

matronas hoy confirmará la recepción de los trabajos recibidos y, posteriormente, de la aceptación para su publicación o el rechazo de los mismos.

El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar aquellos trabajos que no considere apropiados.

El autor/res recibirá las pruebas del trabajo para su revisión, en formato PDF antes de la publicación, que deberá devolver corregidas en el plazo de tres días a **matronas hoy**.

Un enfoque independiente para estar al día en el ejercicio de nuestra profesión



Recibe toda la información en tu correo electrónico
Suscríbete al Boletín

Conoce nuestra nueva web
Nuevo interfaz, mayor usabilidad

www.diariodicen.es

Tú también puedes **HACERTE OÍR.**

COMPARTE tu opinión con los miles de profesionales que leen cada día DICEN.

OPINA sobre las últimas noticias de la actualidad enfermera y cuéntanos tus experiencias.

En DICEN tú tienes el protagonismo.



TU **NUEVO** DIARIO INDEPENDIENTE

