

LA POSICION DEL OBSTETRA Y LA MATRONA ANTE EL PARTO

(Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén)

Introducción saludo.

Muchas gracias Dr. González, querido profesor y querido amigo, tengo el honor, creo que un lujo, de compartir la mesa precisamente con los que han sido mis jefes, mis maestros y desde luego, en mi curiosidad por el aprendizaje, mis autores favoritos.

Por otra parte, me siento particularmente orgullosa de pertenecer al colectivo al que pertenezco, cuya muestra está aquí: a pesar de que en España somos muy pocas matronas, una convocatoria de carácter científico es un llamamiento importante para nosotras.

Las caras que estoy viendo ni siquiera corresponden al promedio de edad del colectivo, ¿ que quiere decir eso?, esto es muy relevante en un grupo profesional: aquellas que tenemos unos años más, “que tuvimos prisa por nacer “, todavía seguimos muy inquietas por el aprendizaje y otras que acaban de formarse prácticamente ; ya quieren saber más!. Se acaban de formar con un programa extraordinario donde la totalidad de sus créditos, por exigencia de la directiva comunitaria 154/80, que les exigía además de ser enfermeras, 3600 horas adicionales para conseguir su especialización como matronas, frente a los contenidos y el volumen total de ciertas carreras superiores y licenciaturas en España, carreras cuyo cómputo total es de unas 3500 horas.¿Qué traducción práctica tiene esto?: que además de su completísima formación, tienen un “hambre” de saber, un hambre de aprender cada día más, un hambre de cotejar aquellas cosas que en este momento estamos practicando y que nos cuestionamos si realmente nos conducen a ofrecer la excelencia que realmente buscamos.

Evidentemente, por más celoso que este mi buen amigo Dr. Herráiz la respuesta a la convocatoria, aunque iba dirigida tanto a médicos como matronas, ha sido mayoritariamente de matronas. ¿Por qué será? ¿Porque estábamos mas disponibles en tiempo o será porque realmente, como dije antes, la tónica de nuestro colectivo es la inquietud, es la de ser unas fuerzas muy vivas del cuidado de la mujer?

Dicho esto, sí quiero agradecer a esta institución, a esta importante institución y a esta sólida institución, la oportunidad de haber podido celebrar esta reunión en este lugar; nunca la Asociación Española de Matronas compartió con la Universidad Complutense, con el equipo de Obstetricia y Ginecología aquí, dentro de la casa, ninguno de estos foros científicos. Si bien tenemos una trayectoria muy larga en la organización de congresos, simposios, cursos nacionales de todo tipo, pero fuimos nosotras, invariablemente, quienes cursamos la invitación a muchos profesores de esta casa pero en ninguna ocasión anterior repito lo habíamos celebrado dentro del Hospital Clínico de San Carlos.

Las Matronas.

Entramos en la materia que nos ocupa, que es hablar acerca de las matronas y los obstetras, el tema que se me ha asignado no sin antes dar la bienvenida a todos los asistentes a este foro.

Como muy bien sabéis, la profesión de matrona se reconoce que debe ser la segunda profesión que surgió en la historia de la mujer, “la otra” no queremos nombrarla, y en ésta, a lo largo de la nuestra historia se nos ha conocido como matronas, comadronas, “matronas examinás”- nos llamaban, las llamaban en el medioevo y matronas.es, matronas.com, ahora, tal y como sea, somos las mismas. Somos unas profesionales que hemos estado siempre al lado de la mujer y que tenemos una larga trayectoria ayudando a la mujer, tan larga y antigua trayectoria que hay que remontarse a culturas milenarias donde, de una forma u otra, se menciona, y así lo atestiguan documentos antiquísimos como la Biblia, papiros...y así un largo etc. de registros que dan fe de nuestra existencia en el tiempo hasta el día de hoy.

Las matronas tenemos referencias de algún tipo de examen para obtener la capacidad de atender legalmente a las mujeres; hay documentos que lo confirman aunque son de muy difícil acceso, pero sí hemos tenido entre las manos libros de visitas pastorales donde aparecían títulos de lo que llamaban en Andalucía las “matronas examinás” cuya carta de examen os muestro. Después de esa carta de examen, las matronas, hemos pasado por diferentes titulaciones hasta la más reciente del año 92 y antes de esta fecha, la que ha marcado de alguna forma un hito en nuestros conocimientos básicos que fue la normativa que regulaba los estudios en el año 53 y que es el momento a partir del cual, de ser una profesión independiente nos convertía en una profesión con troncalidad y otros vínculos dentro de otra profesión: la de enfermera. Así nos enmarcábamos como profesionales especialistas dentro otra profesión.

Y en este ir y venir de títulos y de circunstancias lo que si se puede asegurar, y esto no es discutible, es que las matronas hemos prestado a lo largo de la historia un papel socio sanitario muy importante: mucho más que eficiente, en términos económicos y sin duda, también, en términos profesionales, porque con la ampliación de nuestros conocimientos, hemos ido adaptándonos a ofrecer a las mujeres, a ofrecer a la sociedad en definitiva, aquello que día a día se nos han solicitado, dando cobertura al incremento constante y de necesidades variables adecuadas a la evolución social.

Opino que nos hemos adaptado de manera impecable a los tiempos: desde el conocimiento empírico transmitido de madres a hijas, parece ser, y de amigas a amigas porque efectivamente no era tal ciencia ni para las matronas ni tampoco lo era para los médicos, en épocas en las que no existía la disciplina como ciencia, las matronas se servían de la transmisión de estos conocimientos muchas veces en asociación con recursos de la magia y la superstición, para su capacitación y lograr así desenvolverse en su trabajo con la mayor competencia posible, hasta llegar a nuestros días, en los que el conocimiento científico se ha convertido en pilar fundamental de nuestra profesión.

Teniendo como referente la demanda de más de 700.000 nacimientos en los años 50, cuando prácticamente el 95% de los partos, habitualmente domiciliarios, los atendíamos las matronas y sólo se requería la presencia del obstetra en las distocias, en las últimas décadas pasamos por una nueva adaptación: con el traslado de los partos a los hospitales cambiaron las cosas. No sólo cambió nuestro planteamiento de trabajo sino que se pudo ofrecer una atención mejor a las mujeres y de hecho, las cifras son muy importantes lo demuestran: las tasa de morbi-mortalidad no se puede desdeñar bajo ningún concepto, y están ahí y cuentan mucho y esto quiere decir, como antes muy bien decía el Prof. Vidart “que no lo hemos hecho tan mal”, sin embargo, ambos afirmamos “que esto es

mejorable” Desde aquellos nacimientos y en aquellas circunstancias, hemos pasado a otra situación donde de alguna manera, la maternidad se ha convertido, en muchos casos, en un acto social donde todo se programa y se vive de una manera muy particular: las mujeres, las familias, convierten el parto en un hecho único y exclusivo que busca la admiración y el aplauso de la sociedad, producto lógicamente de la ambiente en que vivimos.

En la actualidad, en lo tocante a la formación las matronas hemos tenido un cambio sustancial a partir del año 92 al remodelarse nuestra especialidad enfermera en base a ciertas directivas comunitarias Sin embargo pasando por una situación negativa de imposibilidad de acceso a la formación, durante 7 largos de cierre las antiguas escuelas de matronas que imposibilitó la normalidad de incorporar nuevas promociones al colectivo profesional, que asegurasen un relevo generacional constante. Si duda, este periodo improductivo de nuevos profesionales pasará factura, a medio plazo, en el mercado laboral, con una marcada desigualdad entre oferta y demanda, particularmente cuando se produzca la jubilación masiva de una franja del más de los 47% del colectivo coincidentes en las fechas de edad.

Con el nuevo modelo formativo hay una cosa importante a la que cualquier profesión aspira tener y que es lo que otorga configuración jurídica a las profesiones: su propio cuerpo docente, sus propios contenidos, sus organizaciones, en este caso en España, organizaciones colegiales.

En lo que se refiere al cuerpo docente casi tuvimos que improvisarlo pero ahí está; en principio mayoritariamente se compone por supuesto de matronas que son las tutoras y que sigue contando, como no podía ser de otra manera, con otros especialistas, en este caso, médicos ginecólogos y de otras disciplinas y otros conocimientos que el nuevo currículo exige, pero lo realmente importante es que la tutela sea desde nuestro colectivo y no de otra profesión. Esta situación formativa consolida definitivamente a las profesiones y la nuestra no debe ser una excepción al respecto.

El estado real de efectivos de matronas es que, desde el año 1987 al 1994 no experimenta incremento de profesionales (se puede ver en la columna la amarilla que se expresa a las promociones nuevas) y desde que se tituló la primera promoción se han incorporado muy pocas matronas a la vida profesional, por tanto tendremos, como he dicho antes, un conflicto por falta de efectivos.

Las plantilla horizonte que hemos establecido a la vista de las necesidades o más bien, de las cargas de trabajo a día de hoy; éstas son evidentemente diferentes a las cargas de trabajo de hace 30 años, si bien hace 30 años se había incorporado la tecnología al manejo habitual de la atención al parto, no se habían incorporado otros procedimientos o técnicas, véase la anestesia epidural que aumenta significativamente el trabajo de las matronas, en los cuidados imprescindibles que hemos de proporcionar a cada una de las mujeres, estas nuevas cargas de trabajo se traducen en un incremento del tiempo en la dispensación de cuidados y ejecución de técnicas de control.

Durante el año 2004 realizamos un estudio, denominado Informe Lucina, cuyo objetivo prioritario era averiguar el estado de salud de las matronas, pero también nos reportó una ingente cantidad de datos sociodemográficos importantes y que tendrán valor para otros análisis.

En el perfil sociodemográfico de este estudio que responde a una mayoría del colectivo de sexo femenino, quedan reflejados los datos de edad que expresan con toda seguridad que en un futuro cercano faltarán matronas. Un grupo importante se sitúa ya por encima de los 45 años y sobrepasaba el 27 y % lo que por lógica es preocupante cuando se acompaña de las edades vecinas de un 14% con más años todavía y un importante 2,91% próximas al límite de la vida laboral, cuando hablamos de colectivos tan pequeños.

Logramos también con el estudio Lucina plasmar la cuantificación de la diversidad de los turnos de trabajo pensando en la incidencia que esto tiene en nuestro estado de salud y obtuvimos estos datos según los cuales un número muy importante hacían un turno de 12 horas, más de un 27% el turno de 24 h., resultando insignificante la cifra respecto a otros turnos que englobaban algunas jornadas partidas, turnos fijos de mañana o de tarde, en unidades de día etc.

Pudimos averiguar también cual era el perfil sociodemográfico respecto al estado civil, aunque no era objeto del estudio aprovechamos este dato porque vimos la posibilidad de destacar el cambio en las condiciones exigidas a los profesionales que nos precedieron y las del momento. Remontándonos 500 años atrás, posiblemente no nos hubieran permitido ser matronas, recordad que las elegían preferentemente viudas, ahora apenas hay viudas y sí que más de un 50% están casadas y espero que felizmente.

Otra aportación en relación con ese perfil sociodemográfico fue la de la situación laboral, donde un número importante goza de una, lo que en España es tan apreciado, plaza en propiedad y un número significativo, 24%, figura como personal interino; comentar al respecto de este contexto laboral que existe una situación un poco especial ya que en las últimas convocatorias que ha habido, no de las que estamos pendientes de terminar el proceso, sino las anteriores, aquellas plazas que consiguieron con su oposición las matronas se adjudicaron pero no se llegaron a ocupar porque en el momento de tomar posesión de ellas las nuevas propietarias ya tenían otros trabajos y pasaron a la situación de excedencia forzosa, es decir que hay unas cuantas plazas que no las disfrutaban sus titulares y probablemente no las van a disfrutar, por tanto, tampoco se puede apretar demasiado el sistema en titularidades, sí en plantillas, pero no en esas titularidades que sabemos que están desiertas o más bien en reserva en este momento.

Las matronas que se están titulando tras la reforma del Plan de Estudio tienen un nuevo perfil académico y por tanto profesional, si bien sus competencias son heredadas de las tituladas anteriores por efecto de la directiva comunitaria 155 /80 CE, cuya transposición al ordenamiento español se hizo en el año 91 y claramente referidas en su artículo 4º en el que expresa " que la matrona es absolutamente competente para el manejo del proceso mientras que sea normal y que viene obligada, expresamente obligada, a llamar al médico especialista cuando algo se desvíe de la normalidad", eso es exactamente la función que tenemos en relación con el proceso concreto del parto.

La misma directiva expresa en distintos puntos de ese artículo 4º otros matices competenciales que se relacionan con el terreno de la ginecología y en general, con los procesos de cuidados de la mujer en salud reproductiva, en salud preventiva, y en el ámbito, lógicamente genérico de la educación sanitaria.

La trayectoria de estos años de oferta de formación tipo MIR de las matronas (EIR) muestra que, a todas luces, va a ser insuficiente, porque frente a los 2152 que se habrán formado para el 2007 se habrán jubilado otras tantas, si tenemos en cuenta que

partíamos de cifras muy bajas, alrededor de 4500 matronas en el año 1968, lógicamente persistiremos en la carencia de matronas.

Los Obstetras.

Vamos a hablar de nuestros “compañeros de viaje”, los de toda la vida, los obstetras, motivo de mi disertación de hoy el hablar de ambas profesiones asumiendo que somos inequívocamente compañeros de equipo, compañeros de viaje.

Si echamos una mirada retrospectiva a la historia, veremos, como dije muy al principio, que los obstetras no aparecen en el mundo de la medicina hasta bien entrado el siglo XVII, finalmente, en el siglo XX ésta es una formación especializada como otras ciencias médicas, perfectamente establecida y que a la vista de cómo en medicina se han ido produciendo esta dirección especial hacia la especialización, la obstetricia y ginecología ha merecido un espacio dentro de ese cuadro de especialistas. Sin embargo hay que señalar que “hubo un antes” cuando las matronas ejercían bajo su competencia absoluta y solamente solicitaban la ayuda de algún cirujano de aquel tiempo, ese era el papel de estos profesionales en el parto: de ayuda en las distocias, pero también hay un “después” por lo que representa a nivel profesional el que alguien invada tu territorio y también porque iba a tomar un carácter científico todo aquello que se sabía en relación con el parto, cosa que se aprendería muchísimo más tarde, pero sobre todo, los progresos en aquel tiempo fueron en el entorno de la ginecología y con paso más o menos seguro los obstetras, los que hoy son obstetras, que entonces fueron llamados de diferentes maneras, terminaron introduciéndose en el manejo de la obstetricia de entonces.

Hubo muchos autores importantes como también hubo muchas matronas, sobre todo francesas e inglesas, que también, con sus disputas con los obstetras, hicieron sus publicaciones y sus aportaciones incluso en maniobras importantes que todavía, al menos en Europa hasta hace quince años se podían realizar, y en algunos países como en Francia, sobre todo, todavía se realizan.

Posiblemente la relación de los médicos, mayoritariamente masculinos en aquel tiempo, y de las matronas, absolutamente cuerpo femenino, ha estado muy relacionado con las cuestiones de género. En aquel tiempo las mujeres no iban a la universidad, y las matronas no eran una excepción y eso, supongo, que fue una buena excusa para tacharlas como, injustamente se las tachó, de ignorantes e incultas.

En lo que es la transición se producen denuncias por quitarse clientes unos a otras y supongo que a la inversa y más o menos, cuando llegan otros tiempos queda establecido que en nombre de la ciencia de aquel momento son ellos quienes controlan al parto y controlan a las matronas.

Pero estamos en otros tiempos y hoy en día se supone que nadie debe controlar a nadie cuando hablamos de profesiones, profesiones debidamente establecidas en las que cada uno tiene sus cometidos y sus responsabilidades, sin duda el funcionamiento de los equipos dentro de un marco jerárquico, requiere una cabeza de gobierno visible y el resto del equipo debe asumir las responsabilidades y competencias en la manera que le corresponda.

Como decía, el ordenamiento de la Obstetricia como especialidad médica, está perfectamente establecida bajo desde antes del año 70, aunque con anterioridad, desde el 56, existía algún que otro reglamento donde se reconoce esa especial cualificación para determinada especialidad de los médicos.

¿Cuál es el estado de cosas de los médicos en España?. ¿Cuántos médicos hay en España actualmente?.

He buscado en diversas fuentes y lo más fidedigna que he encontrado es la cifra entorno a los 5000 especialistas en Obstetricia y Ginecología. Demográficamente, los obstetras por edad, tienen la suerte de ser muy jóvenes y no van a sufrir, en principio, los avatares de otros colectivos que tendremos una escasez muy marcada. Dentro de los médicos ha habido estos movimientos que marcan un incremento amplio de la oferta de especialistas desde el año 86, es posible que los médicos que empezaron a formarse en la década de los noventa sean los que en estos últimos años se han incorporado al colectivo y efectivamente, son profesionales que tienen menos de 40 años y configuran un grupo muy joven como colectivo. Se aprecia una creciente feminización dentro de este colectivo, parece y reconocen algunos expertos, que es posible que las mujeres hayan conseguido, en los exámenes de acceso (MIR) mejor puntuación en general que los hombres y ellas han podido elegir especialidades que les resultaban más apetecibles.

Los médicos en Europa se reparten de esta forma, lo llamativo es que en España en general, los médicos, no los obstetras, superan en número a los de otros países.

Y ¿cómo están los médicos?

Académicamente sabemos que están perfectamente formados. Socialmente, los médicos que han liderado el entorno sanitario, que han liderado de alguna forma la salud, en este momento se les cuestiona, en este momento no, hace ya 20 años se les piden muchas cuentas de lo que hacen, como a todos, pero parece que ellos han sido más cabeza de turco o han empezado antes que otros profesionales. La sociedad nos cuestiona. Por otra parte, los gobiernos, unos y otros desde hace muchos años, no han hecho nada por reforzar de alguna manera el papel dominante que ha tenido el médico en su papel porque, por supuesto, tampoco el paternalismo del que hemos hecho uso, algunas profesiones sanitarias, es lo que desea una sociedad moderna como la de hoy

En términos de economía, generalizando, los profesionales sanitarios españoles somos los peor retribuidos y podemos cotejarlo con algunas tablas de otros países europeos.

Opino que esta cuestión viene de atrás, fruto de una situación de connivencia entre gobiernos y médicos. Quiero recordar que, hasta los años 80 no se profesionalizó la gestión de recursos sanitarios y hasta se momento eran médicos los que gestionaban y lideraban las políticas sanitarias de las que no necesariamente tenían capacitación. La realidad en la mayoría de los médicos era que consentían en percibir honorarios más o menos dignos o acordes con el desempeño de su importante papel, a cambio de mantener dos o tres empleos públicos que, evidentemente no podía atender con normalidad y la dedicación necesaria en ninguno de ellos.

Tal situación termina con la Ley del 84 de Incompatibilidades. La permisividad de la Administración termina, la opción del pluriempleo también pero se queda y por mucho tiempo las poco ventajosas retribuciones de los trabajadores del Sistema Público de Salud, principal empleador para todos nosotros.

Podríamos afirmar que la situación del Médico, y por extensión de otros profesionales sanitarios, en la actualidad, no pasa por su mejor momento: pérdida de prestigio social, malas retribuciones, sujetos a grandes presiones, exigiéndoles cuenta de resultados y no solo actuaciones *lex artis*, ante una sociedad que confunde la salud como un estado con la salud como un derecho, añadiendo la pérdida de confianza entre médico y paciente que

realmente complica la relación entre ambos y resta grado de satisfacción al que solicita el servicio y a los que lo proporcionamos.

Las matronas con su nuevo perfil profesional, ya el abogado nos definió las competencias que sin duda serán trascendentales en el futuro cuando terminen de establecerse bien esos perfiles de unos y otros profesionales y definitivamente las competencias se enmarquen el nuevo capítulo o nuevo catálogo de títulos pero hay unas cuestiones que inevitablemente pueden ser motivo de choque entre matronas y obstetras, puesto que más allá de lo que luego se verán como competencias transversales hay unas competencias claras que son específicas de unos y otros, siendo muy difícil a veces establecer bien el perfil cuando realmente en el perfil puede aparecer un elemento equivoco que es ejercer cierta autoridad que a lo mejor, el que la ejerce ni siquiera la tiene entre esas competencias, obviamente, en el ámbito de la obstetricia y ginecología ambos. Las competencias se dan en el entorno del diagnostico, pronostico, el tratamiento y todo ello siempre en la prevención, en la recuperación de la salud y se enmarca históricamente, sobre todo al médico, en aquellos procesos patológicos, para curar, aunque ningún profesional estamos ajenos a la educación sanitaria: nos encontramos con las competencias de las matronas en el diagnostico, pronostico, manejo y tratamiento no medicamentoso necesariamente o si medicamentoso por prescripción médica, nos ocupamos del proceso fisiológico con plena autonomía y del diagnostico de lo anormal, precisamente para llamar al que tiene competencias para eso, y ese es un terreno delicado, no es delicado que cuando la matrona encuentre una anomalía avise, eso no da lugar a la duda pero si es delicado quien, en un momento dado, atiende a una mujer. En la práctica habitual, y esto lo veremos un poquito más adelante, sabéis que los hospitales públicos tienen especialistas en formación, ahora matronas, y también los ginecólogos y el motivo de disgusto en demasiadas ocasiones es el equivoco de cómo se ejerce la autoridad.

Hablemos de la formación de las matronas.

¿Cómo es en Alemania, por ejemplo, la formación de las matronas?

En la formación a veces está también la calidad a largo plazo, por lo menos, para que el resto de los profesionales tengan más situados a los otros profesionales.

En Alemania, la carrera de matronas es inferior en tiempo a la nuestra, dura tres años y sin embargo, el alcance de sus competencias es una realidad, la directiva a la que hacia mención antes, se cumple exhaustivamente, es más, existe una normativa por la que se prohíbe trabajar a los tocólogos sin la matrona, no puede asistir un parto sin la presencia de una matrona.

En el Reino Unido con tres años de formación es mas que clara su competencia, de hecho, en muchos hospitales, claramente esta definido por donde entran las mujeres que son susceptibles de tener un problema porque se les ha catalogado de riesgo y por donde entran las mujeres que son de bajo riesgo. Esas mujeres acceden para su asistencia a un departamento que gestionan en recursos y en la política asistencial del centro, directamente las matronas y los obstetras tienen la función de ser sus consultores

En Italia, hay una formación dependiente de alguna forma también de las enfermeras, y tienen menos autonomía.

En Austria tienen 3 años, en Finlandia 4 años, en Irlanda cuatro años y en estos países sí que hay una tradición enorme de esa autonomía porque nunca la han perdido las matronas.

En Francia una formación de 1+4, el uno se refiere a que todos los profesionales de la salud entran en una formación común durante un año para luego formarse como médicos, odontólogos, enfermeras o matronas y estas matronas son las que realmente han mantenido la autonomía durante siglos porque ni siquiera la han llegado a perder y tal es así que, por ejemplo, una prueba que es relativamente joven como es la ecografía, parte de las ecografías en el manejo de una gestación, las hacen las matronas.

En Holanda, conocéis la tradición de cómo prestan servicio las matronas atendiendo más de un 30% de los partos en domicilio, bajo su propia responsabilidad

En Dinamarca son 3.5 años, en Grecia hacen cuatro años y tiene menos competencias porque de hecho no se cumple en su totalidad la directiva comunitaria.

En Bélgica son muy independientes.

La Confederación Internacional de Matronas y la Asociación Europea de Matronas, hace 5 años realizamos un estudio para ver exactamente el grado de cumplimiento, de unos y otros países del artículo 4º de la Directiva 155/80, que recoge las funciones y actividades, derivadas de las primeras que desarrollan las Matronas. Los resultados eran previsibles: en aquellos sitios donde hay más obstetras, menos ejecutan su directiva las matronas y donde hay menos médicos la situación se invierte. ¿Esto qué explicación tiene?

Obviamente que hay una lucha de poderes.

¿Cuáles son la situación de estos países por ejemplo en cuanto a las retribuciones o a la relación de los partos que atienden las matronas o que atienden los médicos?

Por ejemplo, en Alemania que el número de matronas es igual que el de médicos, un 22% de los partos que corresponden probablemente a distocias, los atienden los médicos, el resto solo matronas. Sin embargo, ya sabéis que las matronas, cuidamos todos los partos a lo largo de su evolución independientemente de cómo termine en toda Europa. En cuanto a retribuciones se puede ver en el gráfico. Alrededor de 30000,00 €, hace 3 años.

¿Qué hemos sabido de la salud de las matronas con el Informe Lucina?

Evidentemente esta es una profesión estresante y en las circunstancias actuales produce bastante insatisfacción personal y como no, algunos puntos de burnout que también lo pudimos cuantificar en el caso de las matronas con el estudio Lucina y por otra parte, también la fundación Galatea, que se dedica al estudio y seguimiento de la salud de los médicos, ha arrojado a la palestra algunos datos que son bastante concluyentes entorno a su salud y los comportamientos de dichos médicos hasta el punto de afirmar que el 28% de los profesionales sanitarios en ejercicio (médicos) presentan sintomatología psiquiátrica activa; esto es serio, esto es grave, posiblemente tengamos que hacer un análisis profundo de la situación para ver en qué puede derivar. Hay sin duda en todos esos elementos negativos del estado de las dos profesiones y de otras profesiones, un miedo a la demanda que esta en incremento continuamente y un miedo a la desproporción y sobre todo a la pena de banquillo, porque en el mejor de los casos, cuando al finalmente el fiscal retire los cargos, habrás pasado tres o cuatro años de tu vida en los que te la habrán destrozado porque los medios, en muchas ocasiones, son particularmente enemigos de los profesionales de la salud, en demasiadas ocasiones sentimos que somos tratados como fuéramos psicópatas.

Enumeraré los factores estresores que sufrimos las matronas:

-Los turnos de trabajo

- La sobrecarga de trabajo
- El ambiente físico
- La desmotivación
- Los conflictos internos
- La desorganización.

Hay otros elementos que de evitarse, podrían prevenir este estado de cosas y serían la descripción clara de las funciones y que figura, para cualquier psicólogo y sociólogo, como uno de los primeros elementos que hay que definir, la formación continuada como un elemento, la reducción o racionalización en las cargas de trabajo, el reconocimiento y la recompensa y mejorar en general las relaciones de trabajo.

¿Cuál es en general la relación de los médicos y las matronas?

En general es muy amable hasta que lógicamente aparece un detonador que rompe la amabilidad anterior. La mayor parte de las veces, sucede por la emisión-recepción de alguna orden inadecuada, por algún sitio y la cuerda se rompe cuando la orden es inadecuada. Creo que falta dialogo entre los que compartimos el día a día; los residentes, las matronas de plantilla y las matronas residentes, principalmente. Las jefaturas están prácticamente excluidas de estas tensiones por el simple hecho de que, generalmente, no tienen la misma continuidad de presencia y trabajo en el área de trabajo del paritorio. Los jefes sabéis muy bien que, salvo honrosas excepciones, no están a pie de obra todo el día, por tanto en la relación, en lo que se derive de la relación lo vamos a padecer los que estamos allí.

Posiblemente si compartiéramos algunas sesiones clínicas tendría todo el mundo más definidas las situaciones, mas normalizada la relación en el trabajo, evidentemente, hay que pasar muchas horas juntos y lógicamente hay que intentar que sean lo mas felices posibles y desde luego todos esforzarnos en ser lo más eficientes en nuestras acciones para con las mujeres.

Posiblemente si las políticas de gestión de nuestros servicios se realizaran conjuntamente con los que tenemos que ponerlas en práctica serian mucho más satisfactorios cualquier tipo de cambios o iniciativas.

Si se me permite un toque de irónico humor os describiré cual es el perfil de la matrona que ya en algún momento he enunciado y creo sería del gusto de los médicos: que sea obediente de día y eficiente de noche”, eso es conocido y hasta asumido, pero las matronas dan la réplica ¿Cuál es el perfil ideal de un médico para una matrona? Nosotras lo dibujamos y elegimos en función a cómo ellos hacen los partos, cuyas variantes puede ser: al pil-pil, al tun-tun y al tran-tran.

Obviamente, al “pil -pil” son partos estimulados tantas a veces cuestionable; al”tun - tun”, sin control ni cuidado- que consideramos inadmisibles. Por última denominación, al tran-tran que recoge la actitud de buena parte de las matronas frente a los partos: seguimiento atento, y respetuoso del proceso fisiológico mientras lo siga siendo, con ayuda y soporte, de los recursos disponibles que se hagan necesarios para garantizar la seguridad y bienestar de la madre y el feto.

Hay un episodio dentro de lo que seria el contexto entero del inicio de un parto que lo conocemos muy bien los que lo manejamos todos los días y me estoy refiriendo expresamente, porque creo que es donde comentemos los grandes errores, al inicio del parto y como todos sabéis y mucho más los autores, hay un periodo prodrómico cuyo manejo determinará en una mayoría de casos la forma de finalización del parto.

Hoy me reafirmo en que buena parte de las decisiones de cómo conducir cada parto manejo, en los hospitales acreditados para la Docencia está en manos de médicos en formación que, no tienen todavía la experiencia y mucho menos la pericia necesaria, y que medicalizan innecesariamente los partos, todavía en fase prodrómica, que necesitan 6, 8 o 12 horas de trabajo latente para iniciar el trabajo real de parto. Se necesita conocimiento, la contención y la paciencia, fruto de la experiencia, para conducir un parto eutócico respetando el reloj biológico que marca su desarrollo que, siempre será mucho más ventajoso y saludable para la mujer y en segundo término más rentable al sistema y a los contribuyentes. Una estancia de 12 horas más de hospitalización, en espera, es bastante más razonable que instaurar una interferencia innecesaria (tantos goteos) que, a veces altera los mecanismos fisiológicos de tal manera que terminamos en una cesárea o algo peor, por aquella decisión de un R-1 no parecía tan importante y que finalmente ha resultado trascendente.

Proporcionalmente: los partos que se producen de madrugada son mayoritariamente espontáneos.

El factor común: el inicio espontáneo.

Este gráfico que muestro creo que es suficientemente explicativo y expresivo al respecto de mis anteriores afirmaciones:

Si descartamos por inconsistentes obviamente, la simple casualidad o el influjo de la luna como responsables de que la mayor incidencia de partos espontáneos se hayan producido por la noche y contando además que ambos han tenido la misma cobertura técnica, los mismos cuidados.....entonces cabe preguntarse ¿cual es la diferencia entre unos y otros? Yo apunto a que esos partos nocturnos se han iniciado espontáneamente y no han tenido la presión del factor "prisa", o sea, que han ido al "tran- tran", recordando mi particular definición de inicio de los paros, a modo jocoso.

Por último hagamos un repaso al sistema sanitario, del que todos formamos parte, los profesionales como parte de los recursos del sistema y la sociedad que, en ejercicio de sus derechos, cada vez demanda más y tiene mayor capacidad de intervención participación, a raíz de recientes ordenamientos (Ley de Autonomía del Paciente y Lo real es que el gobierno no posee unos recursos infinitos, las prestaciones sanitarias se han incrementado en calidad y cantidad y eso hace que estemos "tocando techo" y de resultas de ello, valoro poco probable que el estado vaya a hacer una distinción con las retribuciones de los profesionales sanitarios por tanto, yo creo que los profesionales debemos retomar las cosas con un planteamiento conjunto de futuro y ese planteamiento ha de pasar por renovar el contrato moral que tenemos con la sociedad cuyos fundamentos son :

Recuperar la credibilidad perdida intentando hacer siempre "el mejor trabajo", informando de los procesos y haciendo comprender a nuestros usuarios y a la sociedad en general que, queda mucho por recorrer en el camino de la ciencia médica y que aunque nos gustaría, muchas veces ser suplentes de Dios, no podremos hacer milagros.

El preclaro D. Santiago Ramón y Cajal decía "Las ideas no duran mucho. Hay que hacer algo con ellas.", pues bien, hagamos caso de este sabio consejo y concluyamos en éstas propuestas:

1- Este Symposium ha sido una de las reuniones científicas más importante de los últimos años.

2- Hemos descartado la presunción de que entre nosotros (médicos y matronas) existieran ideas enfrentadas sobre el mismo tema. Solo se aprecian algunas diferencias de criterio en cuanto a posiciones en el parto, causas y justificaciones de intervención en los partos de bajo riesgo.

3- No existen entre ambos profesionales ideas radicales que, hagan imposible el trabajo en la línea multidisciplinaria necesaria.

4- Existe clara voluntad, producto de la evidencia científica, de la experiencia, de la cordura y de la aceptación de nuestro compromiso ético que nos hace buscar una convergencia y armonización en la política asistencial al parto, rescatando lo que de bueno ofrece cada una de las alternativas existentes, para lograr esa excelencia en la calidad de nuestros servicios que, es el fin de nuestra labor.

No dejemos que las ideas se nos vayan y pongámonos en marcha a trabajar conjuntamente deseando que esta reunión fructifique no sólo en las acciones asistenciales venideras, sino en la continuidad de la convocatoria que hoy nos ha reunido aquí.

