



**NOMBRAMIENTO DE MATRONA
HONORÍFICA AL PROFESOR
D. JUAN LUIS ARSUAGA FERRERAS**



**XVI CONGRESO NACIONAL
DE MATRONAS
VALENCIA 2014**

SUMARIO

- Editorial
 - Sùrgere (1959-1973): la voz de las matronas en el franquismo
 - Estudio de validez y fiabilidad del cuestionario EDUMA2
 - Historia clínica: su significado en la asistencia sanitaria
 - Cribado de patología cervical. Vacunación VPH
 - Entrevista a Sofía Gotor Colás
 - Entrevista a tres matronas del Hospital Universitario La Paz (Madrid)
- ### Agenda
- Reportaje especial del XVI Congreso Nacional de Matronas
 - XVII Congreso Nacional de Matronas



matronas hoy es una publicación que nació hace treinta años gracias al empeño de la Asociación Nacional de Matronas pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) 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.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

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:

96 166 73 84

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

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

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

© AEM

© 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://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/>

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Ma Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Maª Plata Quintanilla

Comité editorial

- Ma 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

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por





Sumario • Summary

Vol. 1 - nº 1 junio-noviembre 2013

Editorial

5

Originales

- Súrgere (1959-1973): la voz de las matronas en el franquismo 6
 M^a Elena Cabeza Guillén, Consuelo Miqueo
- Estudio de validez y fiabilidad del cuestionario EDUMA2 para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación de los Programas de Educación Maternal..... 14
 Matilde Fernández y Fernández-Arroyo, Isabel Muñoz San Roque, Jorge Torres Lucas

Artículo especial

- Historia clínica: su significado en la asistencia sanitaria 27
 Juan Siso Martín

Aula

- Cribado de patología cervical. Vacunación VPH 36
 M^a del Puerto García Anaya

Aquí y Ahora

- Entrevista a Sofía Gotor Colás 41
- Entrevista a tres matronas del Hospital Universitario La Paz (Madrid) 45

Agenda

- XVI Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas y II Congreso de la Asociación Científica de Matronas de Aragón..... 50
- XVII Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas 60

Normas de publicación

61

citius altius fortius

El buscador más fiable, completo y actual
del conocimiento enfermero

Trabaja
más rápido,
llega más alto
y sé más fuerte
en tus estudios
y en tu trabajo



El buscador más fiable,
completo y actual sobre enfermería

MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES
MÁS DE 58.000 DEFINICIONES

- Todas las especialidades
- Todas las técnicas y procedimientos
- Todos los cuidados avanzados
- Toda la investigación y la actualidad enfermera
- Todo ello ajustado a la realidad enfermera actual

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

<http://encuentra.enfermeria21.com>
info@enfermeria21.com

Editorial

Admiro mucho a Mario Benedetti en su preclara visión de la vida, de las personas, de su pensamiento en general, y cuando dice "me gusta la gente fiel y persistente, que no desfallece cuando de alcanzar objetivos e ideas se trata", siento una emoción profunda, porque veo el retrato de tantas matronas que incansablemente luchan por todo aquello en lo que creen y me siento orgullosa de pertenecer a este colectivo profesional que posee tres grandes cualidades: una asombrosa capacidad de adaptación, un potente sentido de pertenencia hacia la profesión y un locus de control interno-externo común en un buen número de los miembros del colectivo.

Entre las luchadoras, me consta que algunas permanecen de guardia las 24 horas de cada día de los 365 del año. De guardia, pero no en un servicio obstétrico al uso, sino para poner en marcha todas las acciones posibles que aborden los múltiples y variados temas que representan una amenaza para el colectivo y, por contra, para empujar aquellas iniciativas que fortalezcan a la profesión, ambas lícitas acciones que dignifican a quienes están comprometidos con la salvaguarda y el fortalecimiento profesional.

Sin lugar a dudas, en este momento el intrusismo es una realidad que, obviamente, traspasa lo que en otro tiempo solo significaba amenaza, riesgo, posibilidad, peligro... todos futuros poco probables. La impertinente verdad actual se centra en el intrusismo que ejercen las doulas en buena parte de su actividad y en la, incluso, promocionada vergonzantemente por algunas matronas y por las propias administraciones sanitarias que todavía no han entendido, asumido y ejecutado las numerosas normas en el ordenamiento jurídico español y europeo que definen ampliamente el ámbito competencial de las matronas, que expresan cómo, cuándo y dónde trabajan los profesionales titulados, en este caso, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La actividad de las doulas no se relaciona con una acción

altruista y desinteresada, muy al contrario, conlleva remuneración –de la que desconozco el concepto y epígrafe fiscal (IAE) al que corresponde su facturación–, la cual oscila entre 20 y 40 € por hora, 50-60 € por visita y 500-600 € por acompañamiento en el parto, cantidad, por cierto, bastante superior a lo que pagan las compañías aseguradoras por acto de esos "mismos servicios" (salvando las distancias) a las matronas. Inequívocamente, esta actividad retribuida constituye un acto de prestación de servicios por cuenta propia reservada a las profesiones tituladas (Ley 44/2003, Título IV, Capítulos 42, 44, 45) y que, por ello, constituye un delito de intrusismo al ser realizado por personas no autorizadas, delito tipificado en nuestro Código Penal (Artículo 403).

Se ha de poner freno a esta situación, por lo que propongo que cualquier matrona con datos fehacientes sobre casos concretos lo denuncie directamente o a través de la Asociación Española de Matronas.

En relación con el intrusismo promocionado por algunas matronas y por las distintas administraciones sanitarias, pido unidad y respaldo de todo el colectivo para las distintas acciones que las asociaciones tenemos ya en marcha y las que continuaremos proyectando. Sobre estas acciones os adelanto dos realidades: primera, ningún gestor o político sanitario nos negará ni una sola de las competencias atribuidas a nuestra titulación, pero no hará nada para implantarlas de inmediato; segunda, los resultados de las distintas reivindicaciones de los últimos 30 años han requerido unos 10 años de espera cada una de ellas. Conozco "demasiado bien" la indolencia, la irresponsabilidad y la desafección de tantos políticos en todos estos años... Pero, a pesar de las realidades, os animo como siempre a mantener los sueños y el esfuerzo para lograrlos.

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
Presidenta de la Asociación Española de Matronas



matronas hoy

Súrgere (1959-1973): la voz de las matronas en el franquismo

¹ M^a Elena Cabeza Guillén

² Consuelo Miqueo

¹ Matrona del Hospital Reina Sofía en Tudela (Navarra).

E-mail: elcagui@telefonica.net

² Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Resumen

El propósito de este trabajo es contribuir a la genealogía de las matronas y construcción de su identidad profesional, mediante el análisis de la revista que fue el órgano de expresión de la única asociación profesional durante la mayor parte del franquismo y la primera publicación realizada y dirigida por matronas.

La fuente principal de información para nuestro estudio es la revista *Súrgere*, portavoz de la sección independiente de matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Hemos analizado el conjunto de los 172 fascículos publicados entre 1959 y 1973 hallados en la Biblioteca Nacional de Madrid.

Tras el análisis del contenido de sus secciones establecemos que *Súrgere* no es una revista científica al uso, sino el más importante órgano de expresión de las matronas en defensa de su autonomía profesional.

Visto en su contexto, consideramos que no debe ser juzgada solamente como otro instrumento de persuasión y encuadre ideológico del Movimiento Nacional Católico, ni tampoco como una revista de publicidad clínica y farmacéutica.

Palabras clave: matronas; franquismo; historia; revistas científicas.

Abstract

Súrgere (1959-1973): Midwives' voice under Franco

The present study aimed at contributing to midwives genealogy and professional identity building by means of an analysis of the official journal of the only professional association during most part of Franco's regime; the journal was also the first publication written and edited by midwives.

*The study's main source of information was the journal *Súrgere*, a mouthpiece for the independent midwifery section of the Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. The whole series of 172 fascicles published from 1959 to 1973 found in the National Library of Madrid was analyzed.*

*Based on an analysis of the contents of the various sections we conclude that *Súrgere* is not a standard scientific journal; it is the most important mouthpiece of midwives for professional autonomy demands.*

Taking into account the existing context, we think the journal should not be considered just another persuading tool to promote National Catholic Movement ideology or a clinical or pharmaceutical advertising publication.

Key words: Midwifery; Franco's regime; History; Scientific journals.

Introducción. El contexto profesional de la matrona en el franquismo

Tras la Guerra Civil española se produjeron determinados hechos que conllevaron la pérdida de la hegemonía e identidad profesional alcanzada por las matronas en las primeras décadas del siglo XX y que condicionaron su subordinación a la clase médica. Entre ellos destacan los tres siguientes:

- En primer lugar, la conversión en 1957 de la Matronería en una especialidad de la Enfermería. En 1953 el Ministerio de Educación Nacional unifica las carreras de practicantes, enfermeras y matronas en un proyecto único: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Posteriormente, en 1957, por Real Decreto de 18 de enero, se crea la especialidad en Asistencia Obstétrica-Matrona para las ATS femeninas, que adquirieron las mismas funciones que las matronas tituladas antes de 1953 (1,2). La comparación de los planes de estudios de 1957 y 1992 confirma la tesis de la pérdida de autonomía (3).
- En segundo lugar, la disolución de los colegios de matronas, que pasan a formar parte del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios como una sección autónoma. Como es sabido, en enero de 1954 se disolvieron los Colegios Oficiales de Practicantes, Matronas y Enfermeras y se crearon tres secciones independientes pertenecientes a un mismo Consejo General de Auxiliares Sanitarios, conforme al nuevo plan de estudios de los Auxiliares Técnicos Sanitarios (ATS) (4). La independencia colegial se perderá definitivamente en 1977 con la colegiación única (1).
- En tercer lugar, otro hecho clave es la superior formación de los expertos en medicina obstétrico-ginecológica y, de forma global, el rol dominante que el hombre ha ejercido sobre la mujer en la sociedad en todas las épocas (5,6). Sin duda, la llegada de las primeras mujeres a la especialidad de Ginecología, buscando la igualdad de sus colegas, suponía una amenaza y el consecuente rechazo y enfado de ciertos sectores médicos (7,8).

La autonomía profesional es un objetivo complejo de difícil consecución, variable en el tiempo y en el contexto sociopolítico, cuyos principales hitos situamos en los siguientes hechos: la oficialidad del título, la colegiación obligatoria y la definición de las responsabilidades, siempre compartidas con otros profesionales. La titulación de matrona alcanzó su oficialidad gracias a la Ley de Instrucción Pública de Moyano de 9 de septiembre de 1857. Las tres principales condiciones que se les requerían para obtener el título de matrona o partera eran: tener más de 20 años, ser viudas o casadas, previa autorización del marido, y haber completado la primera enseñanza elemental. En su artículo 41 dice: "Igualmente determinará el Reglamento las condiciones necesarias para obtener el título de matrona o partera", lo que se hizo efectivo el 21 de noviembre de 1861, con el

Reglamento para la enseñanza de practicantes y matronas, realizado por el Ministerio de Fomento (9). La enseñanza se autorizó únicamente en siete ciudades españolas en las que existían casas de maternidad u hospitales con salas de partos, donde se impartían las clases. A partir de entonces, las matronas constituyeron un grupo ocupacional de gran arraigo social, cuyo título las distinguía de aquellas mujeres que, sin estudios ni autorización, asistían partos como intrusas o curanderas. Sin embargo, como se confirma tras las investigaciones dirigidas por Teresa Ortiz, seguirán existiendo desacuerdos e interferencias con la clase médica respecto a la delimitación de las competencias profesionales (7). La colegiación pasó a ser obligatoria en el año 1930 (10), lo que hizo posible que se establecieran colegios matronales independientes para luchar contra el intrusismo profesional. En ese momento, las matronas ganaron el prestigio y el respeto de las otras profesiones auxiliares médicas y consiguieron mayor autonomía. Un reflejo de ello es el incremento del número de revistas profesionales: *La Matrona* (Madrid), *La Comadrona* (Zaragoza) o *La Matrona Hispalense* (Sevilla) (2).

El franquismo supuso una agudización de la dependencia y sumisión de la actividad profesional de las matronas. De hecho, las expectativas y los valores profesionales, así como el papel social y formación de las matronas, se modificaron con el fin de adaptarse a los intereses del nuevo régimen dictatorial. La imagen social que se dio de ellas fue muy negativa. Se las culpabilizaba de que las madres abandonaran de forma temprana la lactancia materna, con los consiguientes efectos catastróficos para sus hijos. Los programas de salud materno-infantil iniciados en la época alertaban de los peligros de los partos domiciliarios asistidos por matronas, con lo que se acentuó el discurso, auspiciado por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), de que las embarazadas fueran a los hospitales para ser atendidas por médicos. Esta invasión de competencias por parte del colectivo médico provocó que las matronas pasaran de ser unas profesionales con un alto grado de autonomía a ser auxiliares de los tocólogos en el parto (11), como quedó así establecido en 1967 en el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social (12).

A pesar de las vicisitudes de este peculiar período, las matronas utilizaron los colegios y las revistas para defender sus "derechos" como profesionales y como mujeres, hechos que motivaron el nacimiento de la revista objeto de nuestro estudio, *Súrgere*, portavoz de la única asociación profesional existente durante la mayor parte del franquismo, puesto que se mantuvo hasta 1978, cuando, en plena transición democrática, se fundó la Asociación Nacional de Matronas, con el fin de agrupar a todas las profesionales del país (1).

Objetivo, material y método

El objetivo de nuestro trabajo (13) ha sido contribuir a la genealogía de las matronas y la construcción de su identidad profesional mediante el análisis de la revista *Súrgere* (1959-1973). Se trata de la revista continuadora de *Matronas* (1953-1956) y precedente de *Matronas Hoy* en sus dos primeras etapas (1983-1986; 1991-2001), dirigida por M.^a Ángeles Rodríguez Rozalén, y, por ende, de la actual *Matronas Profesión* (2000-), dirigida hasta 2009 por Gloria Seguranyes y a partir de entonces codirigida por Angels Paulí y Josefina Goberna. Su interés radica en que fue la primera revista realizada y dirigida por matronas.

El trabajo es un estudio descriptivo longitudinal que analiza la estructura y función de la revista, en su contexto social, político, religioso y profesional. Nuestra principal fuente de información es la revista *Súrgere*, portavoz de la sección independiente de matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Para realizar esta investigación, hemos analizado el conjunto de los 172 fascículos publicados entre 1959 y 1973, hallados exclusivamente de forma íntegra en la Biblioteca Nacional de Madrid.

La revista de las matronas

La revista *Súrgere* comenzó a editarse en Madrid en marzo de 1959, bajo la dirección de la matrona doña María García Martín (Ver Imagen 1), a su vez presidenta de la sección independiente de matronas del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios (nombrada en este cargo por la Dirección



Imagen 1. Dra. María García Martín, directora de *Súrgere*. Última Presidenta del Consejo Nacional de Matronas

General de Sanidad desde el año de su constitución) (14), como llamamiento a la profesión para "resurgir" de su situación de subordinación y reclamar la categoría que le correspondía en el plano social, económico y académico. No pretendía transmitir enseñanzas, pues consideraba que su público poseía suficientes conocimientos propios de la profesión, sino virtudes y valor para llevar a efecto todo lo aprendido. Con ese nombre tan sugerente utilizado para bautizar la revista quisieron reflejar el principal fin de la publicación: conseguir, mediante la unión de esfuerzos e inquietudes y dando voz a los colegios matronales de las diversas provincias españolas, un mayor crecimiento y fortalecimiento de la profesión que ayudara a eliminar el intrusismo:

Sea "Súrgere" la palabra que levante a quien esté caída en la profesión, que enderece lo que por vicio o nacimiento haya crecido mal y que lleve a decir en público cuantas cosas sean necesarias saber del Consejo Nacional, de los distintos Colegios provinciales y también de cada una de las Matronas en exposición particular (15).

Se editó mensualmente sin interrupciones durante 14 años, distribuyéndose de forma gratuita entre el "cuerpo nacional de matronas" urbanas y rurales, afiliadas a sus respectivos colegios provinciales (Ver Imagen 2).

La estructura de la revista no fue constante, puesto que varias de sus secciones aparecen y desaparecen a lo largo del tiempo. De forma general, podemos afirmar que fueron seis las secciones que permanecieron de manera más fija y eran escasos los números en los que llegaron a faltar. A pesar de no mantener un número establecido de páginas, las que más extensión ocupaban eran: La labor del Consejo, Al habla los Colegios y la Sección Jurídica. Casi todos los números disponían de otras secciones variables, siendo las más importantes: Sección Religiosa (Ver Imagen 3), Cartas, Literatura y Anuncios de congresos nacionales e internacionales. La publicidad fue un ingrediente importante desde el primer número, pues aparecía profusamente en todos y cada uno de los fascículos (Ver Imagen 4). Estos anuncios, que llegaron a ocupar un gran número de páginas de la revista, lo eran mayoritariamente de medicamentos para el parto o el embarazo, así como productos para la mujer que acababa de dar a luz y para su bebé (13).

Cada sección desarrollaba una función, unas más profesionales y técnicas y otras de carácter más ético y político (profesional). Las principales fueron las siguientes (13):

- **Labor del Consejo.** En esta sección se divulgaban todas las tareas y eventos que llevaban a cabo tanto la Sección de Matronas del Consejo como el Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios en sí mismos en pro de la clase matrona. Generalmente esta sección seguía al editorial de la revista (Ver Imagen 5).
- **Al habla los Colegios.** Era la forma en la que todos, o gran

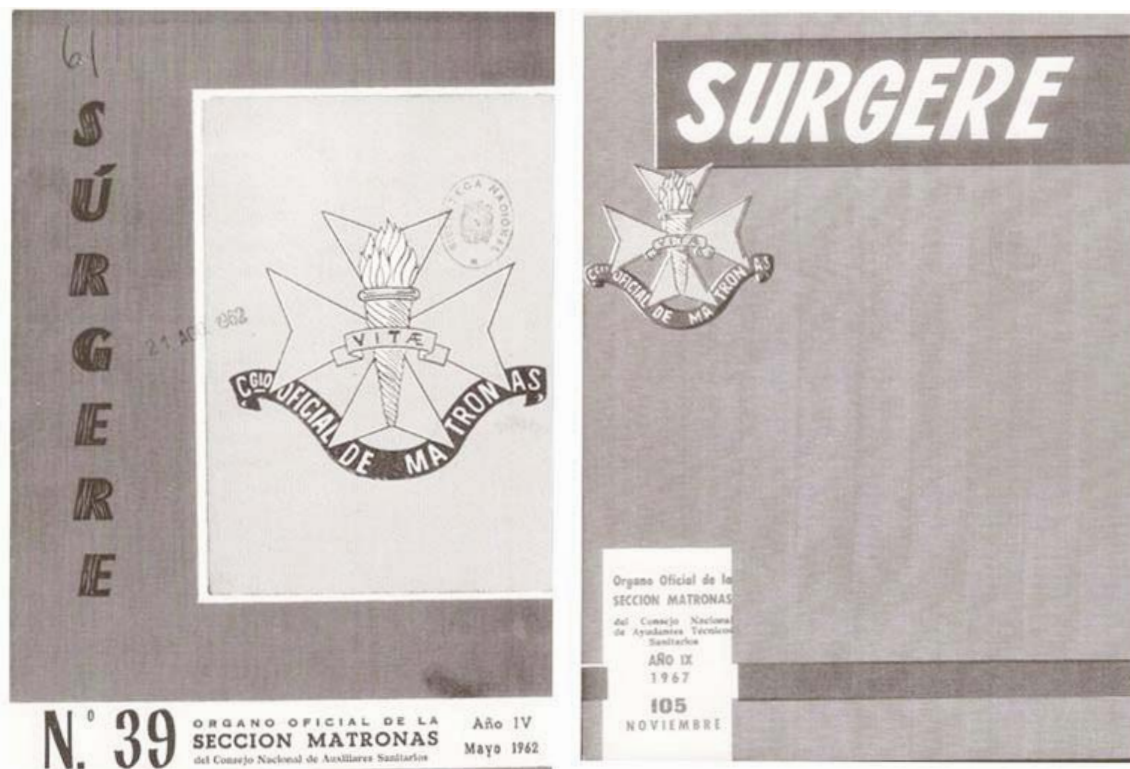


Imagen 2. Cambios en la portada de la revista de 1962 y 1967

SECCION RELIGIOSA

Moral y relaciones conyugales

Texto del discurso pronunciado por S. S. el Papa PIO XII
a un grupo de Matronas Católicas
y publicado en España en la Revista "ECCLESIA"

(Continuación.)

modo que confiere ciertos derechos, impone también el cumplimiento de una obra positiva que mira al estado mismo. En este caso se puede aplicar el principio general de que una prestación positiva puede ser omitida si graves motivos independientes de la buena voluntad de aquellos que están obligados

otra parte, sustraerse siempre y deliberadamente sin un grave motivo a su deber primario, sería pecar contra el sentido mismo de la vida conyugal.

FALSA APRECIACION DE LA VIDA

28.—De esta prestación positiva obligatoria pueden eximir, incluso por largo tiem-

nidad, lo cual tiene que ser absolutamente evitado, y en los que, por otra parte, la observancia de los períodos agénésicos o no da suficiente seguridad o debe ser descartada por otros motivos. Y entonces preguntáis cómo se puede todavía hablar de un apostolado al servicio de la maternidad.

Si, según vuestro seguro y experimentado juicio, las

Imagen 3. "Sección religiosa" de la revista *Súrgere* 1959; (3):18

MATRONA

En tu labor profesional recomienda siempre los productos de nuestros anunciantes.

Es la mejor forma que tienes de cooperar con la Revista **SÚRGERE**

Imagen 4. Publicidad de la revista *Súrgere* del año 1959

LABOR DEL CONSEJO

Doña María García Martín, Presidenta del Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios "Sección Matronas", con domicilio social en Húeros, 4, Madrid, con el debido respeto y consideración, como ampliación a mi oficio de fecha 9 de los corrientes, cumplo exponerle

LO SIGUIENTE:

Que el Boletín Oficial del Estado del 3 de febrero de 1960 publica una resolución de la Presidencia del Gobierno, Dirección General de Plazas y Provincias Africanas, de fecha 23 de enero de 1960, por la que se convoca un concurso para la provisión de una plaza de "practicante-comadrona" vacante en el Servicio Sanitario de la provincia del Sahara español, especificándose su dotación económica y los títulos y requisitos que se precisan para poder participar en el referido concurso.

Según la Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944, regulando la Sanidad Nacional, se reconocen legalmente por el Estado, Base 34, entre profesiones auxiliares sanitarias: practicantes, comadronas y enfermeras. Los Estatutos vigentes de los Colegios de Auxiliares Sanitarios aprobados por Orden del Ministerio de la Gobernación de 30 de julio de 1954 (B. O. 7 de agosto de 1954) reiteran en su artículo 1.º las profesiones auxiliares sanitarias reconocidas: practicantes, comadronas y enfermeras, y en su artículo 2.º exige para el ejercicio profesional de aquéllas estar en posesión del título correspondiente y estar inscritos en el Colegio Provincial. Son, pues, tres profesiones, especialidades o ramas de ayudantes sanitarios, enteramente diferenciadas: con títulos, finalidades y funciones propias; con prohibición de intrusismo en el ejercicio de una a otras profesiones.

Desde el punto de vista de la preparación profesional, el Decreto de 4 de diciembre de 1953, en su artículo 1.º (refundiendo los antiguos estudios de practicantes, matronas y enfermeras) crea el artículo de "Ayudante Técnico Sanitario", debiendo seguir los alumnos, para obtener aquel título, tres cursos completos; el artículo 5.º del referido Decreto establece la especialidad de asistencia obstétrica (matrona) para los Auxiliares Sanitarios femeninos, y el artículo 7.º abre la posibilidad de establecer otras especialidades. El Decreto de 18 de enero de 1957 (B. O. 12 de febrero de 1957) regula la especialización de asistencia obstétrica (matrona), siendo necesario para obtener su diploma, además de tener el título de Ayudante Técnico Sanitario, cursar dos años más en régimen de internado. Es decir, que a efectos de estudios permanecen las tres ramas antiguas: practicantes, enfermeras y matronas, y algunas otras de posterior creación, como la de fisioterapia (Decreto de 26 de julio de 1957); ahora bien, dichas ramas o especializaciones permanecen diferenciadas y sin posibilidad de confusión, toda vez que así han sido reguladas y sus estudios, funciones y títulos son diversos.

En el caso presente, que directamente nos afecta a practicantes y matronas, se les exigen distinto número de años para obtener sus

diplomas, tres años solamente al practicante (necesita los tres en de Ayudante Sanitario adaptados a su especialidad) y cinco años de matrona o comadrona (los tres años de Ayudante Sanitario, y los dos años propios de asistencia obstétrica).

En virtud de lo anteriormente expuesto, resulta claro que no posible anunciar conjuntamente una plaza de "practicante-comadrona" pues este título legalmente no existe, y mucho menos excluir de la convocatoria a las matronas en posesión de un título que las habilita para desempeñar las funciones que les son propias. Por todo ello

SUPLICA A V. I. se sirva dar las órdenes oportunas para rectificar dicha convocatoria, anunciando a concurso una plaza de practicante o de matrona, o bien —si por dificultad presupuestaria lo ante resulta imposible— anunciar una única plaza de "Ayudante Técnico Sanitario", para ser cubierta por quien posea el título de practicante o de matrona indistintamente y acredite tener mayores méritos y títulos que le capaciten real y legalmente para el desempeño de ambas funciones.

Es gracia que espera alcanzar de V. I., cuya vida guarde I muchos años,

Madrid, 25 de febrero de 1960.

LA PRESIDENTA NACIONAL

S/concurso de practicante-comadrona en la provincia de Sahara español

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

Dirección General de Plazas y Provincias Africanas

Sección de
Exp. núm.
Reg. Salida núm.

En contestación a su despacho de fecha 25 de los corrientes, relativo al concurso convocado por este Centro para la provisión de una plaza de Practicante Comadrona en el Servicio Sanitario de la provincia de Sahara español, me es grato comunicarle que el citado concurso se ofierte a las normas usualmente utilizadas por este Dirección General para la provisión de vacantes en las provincias africanas, utilizando fórmulas de gran amplitud para procurar la presentación del mayor número posible de solicitantes. Asimismo le comunico que en la resolución del concurso tendrán muy en cuenta los títulos especiales sobre la materia y los méritos alegados quienes tomen parte en él.

Dios guarde a usted muchos años.

Madrid, 29 de febrero de 1960.—El Director General (legible).

Señora Presidenta Nacional de la Sección Matronas del Consejo General de Colegios de Auxiliares Sanitarios.

Imagen 5. Sección "Labor del Consejo", marzo de 1960

parte, de los Colegios Provinciales exponían sus preocupaciones, reivindicaciones o celebraciones al resto de matronas españolas. A esta sección normalmente le reservaban las páginas centrales.

- **Sección Jurídica.** Mensualmente abordaba varios temas de interés para la profesión, ya que informaba y aclaraba todas las disposiciones legales, estatutos, ofertas de empleo u oposiciones que se iban publicando en los boletines oficiales.
- **Guía de la Matrona.** Esta sección se inicia en julio de 1959 y ya no desaparecerá en ninguno de los fascículos. En ella se anunciaba instrumental médico, libros o cualquier otro objeto con la intención de venderlo o trocarlo entre las matronas lectoras de la revista (Ver Imagen 6).
- **Sección de Notas de Sociedad.** En todos los números no recibe este nombre, pero con él hemos querido englobar todas las reseñas sobre matronas jubiladas, bodas, defunciones o nombramientos de nuevos cargos, tanto médicos como de matronas o practicantes, que siempre están presentes.
- **Sección de Variedades.** Esta es la sección cuyo contenido ha variado más a lo largo de los años. Las últimas páginas de la revista siempre se solían dedicar o bien a pasatiempos o al horóscopo, o incluso hubo unos años en los que aparecían recetas de cocina.

El rol de la matrona que refleja la revista muestra a una profesional bajo la supervisión del tocólogo, donde quedan limitadas sus funciones a la asistencia del parto, el cuidado de la puérpera y el recién nacido y al auxilio del tocólogo en casos complicados. La revista daba cuenta de las normas legales establecidas, pero sobre todo de los derechos que les asistían. Como hemos dicho anteriormente, las matronas utilizaron los colegios y las revistas para defender sus derechos como profesionales y como mujeres, para ratificar su posición social y profesional e, incluso, para disputarse con sus colegas varones –los practicantes– los puestos de mayor poder y, sobre todo, las plazas rurales que los médicos o los practicantes asimilaban a su cargo. Todo parece indicar que se las consideró unas profesionales –mujeres– que

debían poseer una recta moral católica que regiría su práctica profesional y los consejos de salud que proporcionarían a cualquier mujer dudosa de su futura o presente maternidad, que les impediría así ceder a prácticas ilícitas. La imagen profesional de la matrona por la que luchaban y dirigían sus esfuerzos para devolverle sus derechos la reflejan desde el consejo ya en el primer número:

de esta abnegada, mal retribuida, descuidada y casi diría vilipendiada profesión, en la que para ganar nuestro sustento diario (no el venidero, ni el de las épocas de enfermedad ni vejez) vamos dejando jirones de nuestra vida entre noches de vela en Clínicas, Sanatorios, Hospitales y domicilios particulares; entre ayes y cara de dolor que hay que mitigar y aliviar con nuestra sonrisa, sacada muchas veces quién sabe de dónde, y con nuestras palabras siempre consoladoras para quien sufre (16).

Son expresivos de esta imagen profesional de la matrona franquista, no exenta de contradicciones, los tres ejemplos que seleccionamos:

- 1) La salutación del Arzobispo de Sión al comienzo de la revista y el tono de familiaridad paternalista con que se dirige a ellas (17).
- 2) El deseo de un aire de modernidad y prestigio profesional que expresan diversas fotografías del congreso internacional celebrado en Londres en 1955 o en Roma en 1960 y de otros muchos eventos sociales.
- 3) Los reiterados discursos sobre el polémico tema de la planificación, siempre desde la óptica del nacional catolicismo.

Este tema ha centrado la atención (en el contexto de los estudios españoles sobre la historia de los anticonceptivos en el franquismo) del grupo de investigación multicéntrico dirigido por Teresa Ortiz (18). Hemos observado el conjunto de los 172 fascículos y localizado todos los artículos publicados sobre este tema en su contexto científico. Hemos comprobado que la información científico-técnica sobre el parto, su preparación psicoprofiláctica y la lactancia materna predomina sobre la relativa a los problemas médicos

Guía de la Matrona

SE necesita Matrona para sustituir durante un mes. Localidad: Sariñena; 5.000 habitantes; bien comunicada con Zaragoza y Huesca. Sueldo: 1.000 pesetas, más los partos y trabajo de Practicante. Escribir a Lidia Puzo. Sariñena (Zaragoza).

SE NECESITA Matrona para Residencia del S. O. E. en Cádiz. Interna. Sueldo 21.359 pesetas anuales, más dos pagas extraordinarias. Dirigirse a Inspección Provincial de Servicios Sanitarios del S. O. E., Cádiz. Documento: Instancia de Solicitud, Título, Certificado de Servicio Social y Certificado de Colegiada.

Imagen 6. Sección "Guía de la Matrona", julio de 1960

o la patología. Generalmente, se utilizó el formato de artículo de revisión, firmado en su mayoría por matronas, aunque no faltaron, sobre todo al principio, las colaboraciones de famosos ginecólogos o pediatras, como Botella Llusí o Bosch Marín. Y sobre el polémico asunto de la planificación familiar, comprobamos que de los 24 artículos publicados sobre el tema, solo dos eran de corte científico (ambos sobre el aborto y escritos por la misma matrona), mientras que los restantes eran de opinión o síntesis e iban destinados a difundir la doctrina católica acorde con la nueva encíclica papal *Humanae Vitae* (1968) (19).

Conclusiones

Dadas las características de la revista y el régimen político dictatorial del país, cuestionamos si *Súrgere* (1959-1973) debe ser considerado el más importante órgano de expresión de las matronas en defensa de su autonomía profesional y no ser juzgado solo como otro instrumento de persuasión y encuadre ideológico del Movimiento Nacional franquista y de la Iglesia católica, o como una revista de publicidad clínica y farmacéutica, una vez establecido que tampoco se trata de una revista científica al uso. Conviene desarrollar un estudio pormenorizado capaz de responder a esta interesante y problemática cuestión. Sin duda, un análisis de cómo evolucionó la información sobre las organizaciones profesionales de matronas de otros países y de cada una de las provincias nos permitirá cartografiar la influencia cultural y profesional de las matronas urbanas y rurales, su grado real de autonomía profesional, así como las interacciones de las diversas corrientes de matronas que se perciben.

Bibliografía

- García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas claves para la historia de las Matronas en España. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1998/1999; (5-6):243-260.
- Valle Racero JI. El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. Matronas Prof. 2002; 9:28-35.
- Iboleón López MC. Matronas en la segunda mitad del siglo XX. Diferencias formativas y su impacto social. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 1994; (10):1071-88.
- Barreiro Pereira P, Bermejo JM. El Colegio de Enfermería de Madrid. Cien años de historia. Madrid: Colegio de Enfermería de Madrid; 2009. p. 119.
- Ortiz Gómez T. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T (eds.). Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid: Minerva; 2001. p. 53-75.
- Miqueo C. La construcción de los saberes y androcentrismo en "la ciencia sin mujeres". En: Actas del III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Zaragoza: Diputación Provincial de Zaragoza; 2007. p. 5-23.
- Martínez Padilla C, Ortiz Gómez T. Género y profesiones sanitarias. El trabajo de las matronas en Granada en el tránsito del siglo XIX al XX. En: Castellanos Guerrero J, Jiménez Lucena I, Ruiz Somavilla M, Gardeta Sabater P (eds.). La Medicina en el siglo XX. Estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina; 1998. p. 603-609.
- Ortiz T. Profesiones sanitarias. En: Morant I (dir.). Historia de las mujeres en España y América Latina. Del siglo XIX a los umbrales del XX. Madrid: Ediciones Cátedra; 2006. p. 523-543.
- Álvarez Ricart MC. La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX. Barcelona: Editorial Anthropos; 1988. p. 176.
- Ruiz-Berdún MD. Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cul Cuid. 2011; XV(31):69-76.
- Salazar-Agulló M, Ramos Salas E. Las matronas españolas, las políticas sanitarias franquistas y el contexto internacional. En: Libro de Actas. XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Ciudad Real: SEHM y Facultad de Medicina de Ciudad Real de la UCLM; 2011. p. 379-384.
- Orden de 22 de abril de 1967 por la que se aprueba el Estatuto Jurídico de las Matronas y Ayudantes Técnicos Sanitarios femenino en posesión del Diploma de Asistencia Obstétrica de la Seguridad Social. (Boletín Oficial del Estado, núm. 122, de 11 de mayo de 1967).
- Cabeza Guillén ME. El problema de la planificación familiar a través de la revista de matronas *Súrgere* en el tardofranquismo (1955-1975) [trabajo fin de máster]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012. [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://zaguan.unizar.es>
- Orden de 29 de marzo de 1954 por la que se aprueban los Estatuto o Reglamento del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de los Colegios provinciales. (Boletín Oficial del Estado, núm. 99, de 9 de abril de 1954).
- Editorial. *Súrgere* 1959; (1):5-6.
- García Martín M. Consejo Nacional. *Súrgere* 1959; (1):12-14.
- Carta del Arzobispo de Sión. *Súrgere* 1959; (1):25.
- Rodríguez-Ocaña E, Ignaciuk A, Ortiz-Gómez T. Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre "la píldora" en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). *Dynamis* 2012; 32(2):467-494.
- Bonilla Bellón DP. Aborto. *Súrgere* 1962; (42):24-29. Bonilla Bellón DP. Aborto criminal. *Súrgere* 1962; (46):10-12. NO, a la píldora. *Súrgere* 1969; (119):26-28. Discurso pronunciado por su S. S. el Papa Pío XII. Sección Religiosa: Moral y relaciones conyugales. *Súrgere* 1959; (3):18.



biblioteca digital

Grupo Paradigma

Las mejores colecciones de libros y documentación digital pensadas y desarrolladas para satisfacer las necesidades de consulta de los profesionales y de los estudiantes de Enfermería

Todo el conocimiento
enfermero
donde y cuando lo
necesites



www.biblioteca.enfermeria21.com

Estudio de validez y fiabilidad del cuestionario EDUMA2 para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación de los Programas de Educación Maternal

¹ Matilde Fernández y Fernández-Arroyo

² Isabel Muñoz San Roque

³ Jorge Torres Lucas

¹ Profesora de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad de Madrid, Hospital Universitario La Paz (Madrid). Profesora colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad Pontificia de Comillas (Madrid).

² Profesora del Departamento de Educación, métodos de Investigación y Evaluación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas (Madrid).

³ Profesor del Departamento de Educación, métodos de Investigación y Evaluación. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia de Comillas (Madrid).

E-mail: mfernandezarroyo@gmail.com

Resumen

Justificación: los programas prenatales contribuyen a la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal. La falta de resultados actuales plantea la necesidad de construir herramientas para evaluar su calidad.

Objetivo: analizar tanto la validez como la fiabilidad del cuestionario EDUMA2 para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación de los Programas de Educación Maternal.

Metodología: estudio descriptivo transversal en 41 centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Colaboración de 44 matronas. Muestra no probabilística estimada por análisis de la variabilidad del cuestionario de 928 asistentes. Recogida: de diciembre de 2010 a abril de 2011. Cuestionario de 56 variables agrupadas en siete dimensiones con validez de contenido. Análisis estadístico descriptivo con programa SPSS. Proyecto aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética del Hospital Universitario La Paz.

Resultados: el análisis de fiabilidad ha obtenido un Alfa de Cronbach (0,829) y unos índices de homogeneidad adecuados. Los coeficientes de consistencia interna obtenidos ($> 0,7$) indican la homogeneidad e interdependencia que presentan entre sí los ítems de cada factor. El cambio en la percepción del aprendizaje en dos momentos (antes y después) se ha estudiado con la prueba T de Student para muestras relacionadas. Los resultados significativos de todas ellas ($p < 0,001$), garantizan la funcionalidad de la herramienta para medir el aprendizaje.

Discusión: no se han encontrado trabajos con los que comparar. El estudio aporta un cuestionario que garantiza la obtención de resultados válidos y fiables para el Programa de Educación Maternal a nivel nacional e internacional.

Abstract

A study on EDUMA2 questionnaire validity and reliability in assessing second level quality or third trimester sessions in Maternal Education Programs

Background: Prenatal programs contribute to maternal and neonatal morbidity and mortality reduction. The current lack of data results in a need to develop new tools to evaluate their quality.

Purpose: To evaluate EDUMA2 questionnaire validity and reliability in assessing second level quality or third trimester sessions in Maternal Education Programs.

Methods: A cross-sectional descriptive study in 41 primary care units in the Community of Madrid. 44 midwives participated in the study. A non-probabilistic sample was estimated by means of a variability analysis of the questionnaire in 928 attendants. Data collection: December 2010 to April 2011. A questionnaire of 56 variables grouped in seven dimensions with content validity. Descriptive statistical analysis using SPSS software package. The project was approved by the Research and Ethics Committee of the University Hospital La Paz.

Results: Reliability analysis showed a suitable Cronbach's alpha (0.829) and homogeneity indexes. Internal consistency coefficients (> 0.7) showed a high homogeneity and dependency among the items in each factor. A Student t-test for related samples was used to assess the change in learning awareness in two time points (before and after). Significant results were observed in all of them ($p < 0.001$), thus confirming that the tool is operatively useful to measure learning.

Discussion: No other studies allowing a comparative evaluation have been found. The present study provides a questionnaire that results in valid and reliable results for a Maternal Education Program at both a national and international level.

Palabras clave: educación para la salud; maternidad; evaluación programas; atención primaria.

Key words: health education; motherhood; assessment programs; primary care.

Introducción

A principios del siglo XX aparecieron los primeros programas de educación para la salud dirigidos a embarazadas con el objetivo de disminuir el dolor y mejorar la vivencia del parto en el hospital (1). Estos programas demostraron su eficacia y se institucionalizaron en el sistema sanitario privado por todo el mundo y en algunos sistemas públicos (2). Su importancia estriba en su contribución a disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal (3), que es un objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2015 (4). Estos programas se caracterizan por su constante evolución, debido tanto a los avances de la medicina y la psicología como a los cambios sociales de las poblaciones de referencia (5). Hoy no basta con explicar el parto y los cuidados del recién nacido, hay que aportar conocimientos acerca de todo el proceso de maternidad/paternidad y entrenar en el desarrollo de estrategias para el afrontamiento de la crianza en las nuevas circunstancias sociales (6). Y, si se tiene en cuenta el conocimiento sobre el Apego, hay que facilitar una vinculación afectiva que permita el desarrollo integral humano de los hijos (7).

En España estos programas se introdujeron en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en 1983 (8), por lo que hablamos del programa de educación para la salud con mayor desarrollo en la sanidad pública española. Este programa se estructura en tres niveles de actuación: el primero o sesiones previas a la vigésimo octava semana de gestación, el segundo o sesiones en el tercer trimestre y el tercero o sesiones de puerperio. Su relevancia estriba en que promueve la salud en los periodos más vulnerables de la vida, la gestación y la crianza. Además, su dilatada experiencia de implementación en el Sistema Nacional de Salud hace que sea el marco adecuado para investigar su calidad en el nivel más difundido, es decir, las sesiones que se imparten en el tercer trimestre de gestación. Para poder acometer este proceso de investigación es necesario diseñar herramientas de evaluación con garantías psicométricas que permitan establecer sus fortalezas y sus puntos de mejora (9-10). Esta necesidad se recoge a través de un entramado organizativo y legislativo internacional y nacional sobre la calidad, que pretende establecer sistemas de evaluación que permitan la mejora continua y la adecuación constante a las circunstancias cambiantes de la población (11-14).

En las últimas investigaciones internacionales (7,15-22) y nacionales (1,23-29) de educación prenatal se manifiesta la necesidad de investigar en la evaluación de estos programas. La falta de estudios sobre la calidad del programa justifica el diseño una línea de investigación de la que se podrían beneficiar los profesionales que realizan la intervención, los gestores que organizan y distribuyen los recursos y, por supuesto, toda la población susceptible de recibir una intervención sanitaria de mayor calidad. Para acometer este es-

tudio es necesario diseñar, validar, aplicar y explotar un instrumento de evaluación, tipo cuestionario, acorde a los objetivos y metas operativas del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación del programa de educación para la maternidad/paternidad. La complejidad del objetivo ha requerido que la investigación se estructure en cuatro fases:

Fase previa

En la fase previa se ha realizado una aproximación al tema a través de una primera revisión bibliográfica, así como de la recogida y análisis de los elementos que intervienen en la evaluación. Esto ha permitido la redefinición de los objetivos del programa y el diseño de la investigación (25).

Fase I

En la fase I se han recogido y analizado los cuestionarios de evaluación de los programas que se utilizan en la bibliografía y en la Comunidad de Madrid, lo que ha permitido elaborar una primera propuesta de cuestionario (2009).

Fase II

En la fase II el cuestionario se ha validado por jueces/expertos mediante el modelo CIRA (claridad, idoneidad, relevancia, accesibilidad), se ha rediseñado y se ha pilotado, lo que ha permitido obtener el cuestionario EDUMA2 con validez de contenido (2010) (29).

Fase III

En la fase III el cuestionario se ha aplicado a una muestra representativa de asistentes al programa para finalizar el análisis de validez y fiabilidad del instrumento y evaluar la calidad del segundo nivel del programa en la CM (2011). Dada la extensión de esta fase, solamente se presentan a continuación los elementos correspondientes a los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar la validez y fiabilidad del cuestionario EDUMA2 (29) para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación de los programas de educación maternal.

Objetivos específicos

- Aplicar el cuestionario a una muestra representativa de asistentes al segundo nivel de los Programas de Educa-

ción para la maternidad/paternidad en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

- Determinar los indicadores de fiabilidad y la validez de constructo del cuestionario.
- Analizar si los indicadores de fiabilidad y validez garantizan la calidad del instrumento.

Material y método

Estudio descriptivo transversal en el que se ha aplicado el cuestionario EDUMA2 (29) a una muestra de asistentes al programa.

Población y muestra

La población de estudio, de la que se ha tomado la muestra, está integrada por asistentes al segundo nivel del Programa de Educación para la maternidad/paternidad en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que cumpliesen los siguientes criterios de inclusión:

- Asistencia a un mínimo de cuatro sesiones del programa.
- Lectura de la hoja informativa del proyecto de investigación.
- Deseo de participación en el estudio y consentimiento informado.
- Cumplimentación del cuestionario de evaluación.

Lógicamente, se excluyen de la muestra aquellos que no cumplen estos criterios.

En el momento del estudio, la Comunidad de Madrid se organizaba en una única Área de Salud y siete Distritos Sanitarios (centro, norte, este, sureste, sur, suroeste, este). El muestreo de población de asistentes al programa fue no probabilístico, como es habitual en este tipo de estudios. Por el estudio piloto realizado con 18 cuestionarios, en la variable principal de valoración (pregunta 48: satisfacción global) se ha estimado una variabilidad de 0,83, con un tamaño de muestra de 700 cuestionarios y el Índice de Confianza (IC) del 95% para un promedio, tendría una amplitud de $\pm 0,087$ puntos. Si en el estudio se quisiera analizar cada distrito sanitario por separado, con 100 cuestionarios y en las mismas condiciones anteriores del IC del 95% para el promedio, tendría una amplitud de $\pm 0,23$ puntos. En el mismo estudio piloto se ha encontrado que la variabilidad mayor en cualquiera de las preguntas (organización, metodología y aprendizaje) es de 3,5. Asumiendo estos datos de variabilidad para un IC del 95% para un promedio, tendría una amplitud de $\pm 0,37$ puntos con 700 cuestionarios y de 0,97 puntos con 100 cuestionarios por distrito sanitario.

Consideraciones éticas

Se obtiene la aprobación del proyecto por la Comisión de Investigación y de Ética del Hospital Universitario La Paz. Se informa a las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. Se informa a la población de estudio y se pide a los participantes consentimiento informado. Se garantiza el anonimato de los cuestionarios y de la confidencialidad en el manejo de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992 de regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal y La Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Elaboración del cuestionario

El cuestionario EDUMA2 fue elaborado en la fase II de la presente investigación (29).

Recogida de información

Se precisa que las matronas que colaboren en la recogida de cuestionarios representen adecuadamente a la Comunidad de Madrid y a todos y cada uno de los distritos. Para evitar el sesgo de afinidad que conllevaría el que la selección la realizase el investigador principal según un criterio personal, se ofertó la posibilidad de participar a todas las matronas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. De un total de 172 matronas, desean colaborar 44 y hay una adecuada representación de los 7 distritos sanitarios, por lo que se aceptan. Disponer de la colaboración de tan amplio número de profesionales mejora la representatividad de la muestra en cuanto a que aumenta el número de centros de Atención Primaria en que se aplica el cuestionario y en cuanto a que los programas van a ser impartidos por mayor número de profesionales. También colaboran 13 residentes de matrona.

El periodo de recogida de cuestionarios abarca de diciembre de 2010 a junio de 2011.

Variables de estudio

Se toman las variables del cuestionario EDUMA2 (29), que evalúa la calidad del programa en cuanto a efectividad, funcionalidad, eficacia e impacto inmediato mediante un total de 56 ítems agrupados en 7 dimensiones: datos de grupo, asistente, organización, metodología, aprendizaje, satisfacción, valoración y mejora de las sesiones.

Codificación y tabulación

A excepción de la pregunta de sugerencias o quejas, que se deja abierta, el resto se codifican como numéricas en una base de datos de Excel.

Análisis estadístico

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Se ha efectuado un análisis descriptivo de las variables definitorias de la muestra de estudio. En el caso de variables cualitativas se han calculado las frecuencias absolutas y relativas para cada categoría y para las variables cuantitativas se han estudiado medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). En el análisis de los resultados se han empleado pruebas paramétricas, como la R de Pearson y T de Student, y no paramétricas, como la chi cuadrado. Para determinar la fiabilidad y validez de las dimensiones seleccionadas del cuestionario se han empleado las pruebas estadísticas Alfa de Cronbach y el análisis factorial. Se ha contemplado como nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

Recogida de cuestionarios

Se han recogido 928 cuestionarios y se han obtenido más de 100 cuestionarios en cada uno de los distritos, según la indicación del cálculo del tamaño de la muestra (Ver Gráfico 1).

Centros de Atención Primaria que participan

Se han recogido cuestionarios en un total de 41 Centros de Atención Primaria. La media de participación de los centros por distrito sanitario es de 5,8.

Persona que cumplimenta el cuestionario

Han cumplimentado el cuestionario 777 embarazadas (83,7%), 26 parejas (2,8%) y 124 acompañantes (13,4%) que asisten al segundo nivel del programa.

Fiabilidad y validez del cuestionario aplicado

Se han realizado pruebas psicométricas para determinar la fiabilidad y validez del cuestionario. La primera se define como el grado de precisión del instrumento, midiendo la proporción de variabilidad total atribuible a las diferencias entre sujetos y no a errores del diseño; la segunda, hace referencia a la capacidad de un instrumento de medir aquello para lo que está diseñado. Para el análisis de fiabilidad y de validez de constructo se toman las variables de valoración del programa, que son ocho variables en cuanto a la organización propiamente dicha (preguntas 11 a 18 del cuestionario), tres variables de profesorado (preguntas 19 a 21 del cuestionario) y siete en cuanto a la metodología (preguntas 22 a 28 del cuestionario). En ellas se ha solicitado a los asistentes que evalúen el funcionamiento de los diferentes ítems en una escala de 1 a 10, donde 1 representa el menor valor y 10, el mayor. Los participantes han valorado los datos de organización propiamente dicha con una media de 7,9 y una desviación típica de 1,8. Los datos correspondientes al profesorado han obtenido una media de 9,5 y una desviación típica de 0,8. Los datos de metodología han obtenido una valoración media de 9,3 y una desviación de 1,3.

Se ha realizado el cálculo del análisis factorial de componentes principales de la valoración del programa (preguntas

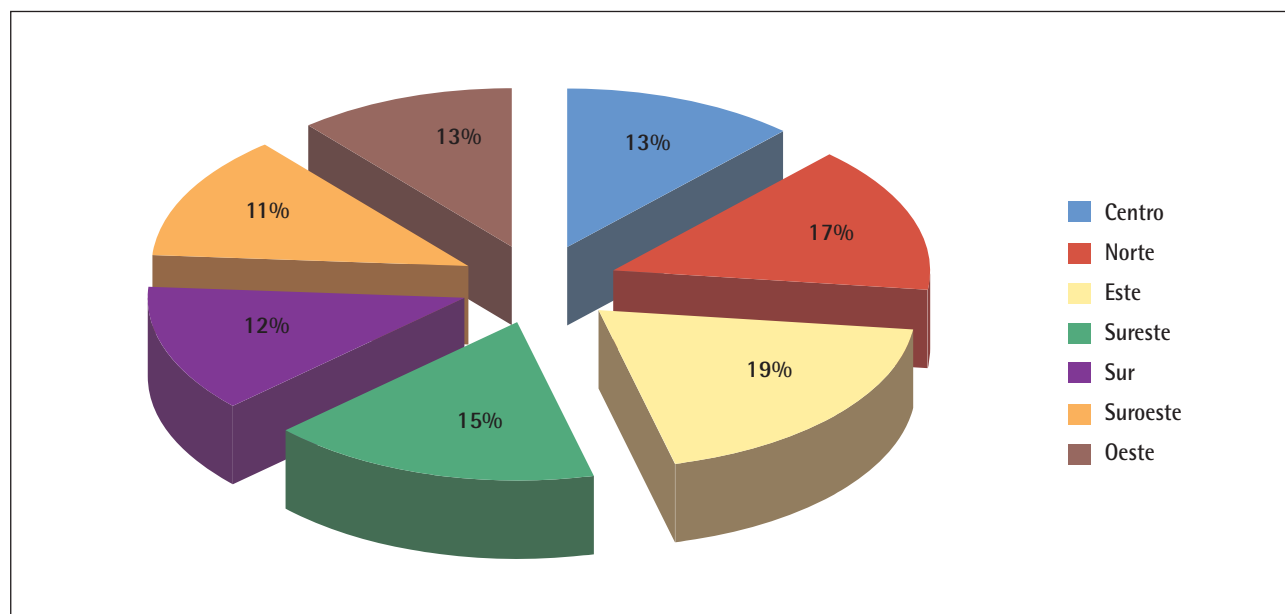


Gráfico 1. Porcentaje de cuestionarios por Distrito Sanitario

11 a 28 del cuestionario) a través del sistema de rotación Varimax, a fin de determinar la correlación que las variables tienen entre sí y la dimensionalidad del cuestionario. De los 928 cuestionarios recogidos, tres no han contestado a todos los parámetros, por lo que se han excluido y se ha realizado el análisis de fiabilidad de los 925 restantes. En este análisis de fiabilidad el cuestionario obtiene un Alfa de Cronbach de 0,829 (N=18). Este valor indica que el conjunto de ítems está de acuerdo a la hora de diferenciar a los asistentes en cuanto a sus niveles de valoración del segundo nivel del programa. Seguidamente se obtiene el Alfa de Cronbach y los índices de homogeneidad de los ítems que lo integran (Ver Tabla 1). Como puede apreciarse, el valor del índice de homogeneidad es adecuado para todos los elementos. Aun así puede observarse que los ítems menos relacionados con el total de la escala son el nº 24, en el que se pregunta si se pide que los asistentes expresen su opinión y sus experiencias, y el nº 28, en el que se pregunta si la matrona, si no se ha entendido algo, se da cuenta y lo vuelve a explicar. Parece ló-

gico encontrar esta menor relación, ya que son los dos ítems en los que se pide a los participantes que valoren la preocupación del docente por su opinión y su comprensión sobre los temas tratados.

Se procede a realizar la prueba KMO, que obtiene un valor de 0,91, lo que indica una buena adecuación muestral. Se realiza la prueba de esfericidad de Bartlett, que presenta un resultado significativo ($p < 0,001$), lo que indica que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad. El resultado de estas dos pruebas indican que se puede llevar a cabo el análisis factorial (Ver Tabla 2).

Se realiza el análisis factorial para estudiar la estructura subyacente del cuestionario. A través del criterio de Kaiser (autovalores superiores a 1) se extraen tres factores que explican el 56% de la varianza. El primero de ellos explica un 39,5% (Ver Tabla 3). Al analizar la matriz de componentes sin rotar, se puede comprobar que todos los ítems tienen sus saturaciones factoriales más altas en el primer factor, sal-

Tabla 1. Organización, profesorado y metodología: estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11. Inf	150,05	262,062	,459	,819
12. Horario	149,34	268,375	,518	,815
13. Duración	148,97	271,739	,591	,814
14. Instalaciones	148,74	274,934	,334	,826
15. I. Comodidad	149,67	265,493	,548	,813
16. I. Señal	149,13	258,168	,309	,839
17. Recursos	149,21	266,832	,590	,812
18. Participantes	149,24	265,292	,542	,814
19. Amabilidad	147,78	286,595	,546	,821
20. Profesión	147,73	287,148	,585	,821
21. Tiempo	147,82	282,873	,585	,818
22. Forma	148,39	274,728	,687	,813
23. Explicaciones	148,16	277,255	,681	,814
24. Opinión	148,01	270,900	,221	,843
25. Dudas	147,97	280,477	,649	,816
26. Miedos	148,03	279,432	,615	,816
27. Entendimiento	147,82	282,105	,670	,817
28. Repetición	147,83	275,221	,211	,840

Fuente: INE

Tabla 2. Organización, profesorado y metodología: KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,908
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	8678,816
	gl	153
	Sig.	,000

Tabla 3. Organización, profesorado y metodología: varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,100	39,445	39,445	7,100	39,445	39,445	3,652	20,288	20,288
2	1,698	9,431	48,875	1,698	9,431	48,875	3,326	18,481	38,768
3	1,269	7,048	55,923	1,269	7,048	55,923	3,088	17,155	55,923
4	,949	5,270	61,193						
5	,926	5,144	66,337						
6	,881	4,896	71,233						
7	,827	4,594	75,827						
8	,763	4,237	80,064						
9	,626	3,478	83,542						
10	,593	3,297	86,839						
11	,476	2,646	89,485						
12	,431	2,395	91,880						
13	,391	2,173	94,053						
14	,331	1,838	95,891						
15	,245	1,364	97,255						
16	,195	1,082	98,336						
17	,168	,936	99,272						
18	,131	,728	100,000						
Método de extracción: análisis de componentes principales									

vo el ítem nº 28 "repetición" que satura con un mayor peso en el tercer factor. Sin embargo, este ítem tiene un peso cercano a 0,3 en el primero (Ver Tabla 4).

La matriz rotada muestra una estructura de tres factores. En el primero de ellos se integran los ítems del nº 22 al nº 28.

En el segundo se agrupan los ítems del nº 11 al nº 18. En el tercer factor se agrupan los ítems del nº 19 al 21 (Ver Tabla 5).

El análisis sustantivo de la configuración nos lleva a identificar una estructura similar a la planteada en la fase de ope-

Tabla 4. Organización, profesorado y metodología: matriz de componentes

	Componente		
	1	2	3
27. Entendimiento	,800	-,295	,167
22. Forma	,797	-,039	,251
23. Explicaciones	,794	-,101	,230
25. Dudas	,778	-,286	,217
20. Profesión	,741	-,328	-,449
21. Tiempo	,735	-,295	-,399
26. Miedos	,735	-,192	,240
19. Amabilidad	,705	-,352	-,459
13. Duración	,652	,248	,131
17. Recursos	,616	,453	-,245
18. Participantes	,590	,340	-,195
12. Horario	,567	,256	,186
15. I. Comodidad	,563	,535	-,096
11. Información	,505	,277	,286
24. Opinión	,294	-,185	,166
14. Instalaciones	,373	,404	-,109
16. I. Señal	,338	,375	-,127
28. Repetición	,275	-,114	,391
Método de extracción: análisis de componentes principales, a 3 componentes extraídos			

Tabla 5. Organización y metodología: matriz de componentes rotados

	Componente		
	1	2	3
25. Dudas	,731	,159	,418
27. Entendimiento	,711	,172	,469
23. Explicaciones	,698	,317	,326
22. Forma	,698	,366	,282
26. Miedos	,693	,208	,332
28. Repetición	,488	-,006	-,058
24. Opinión	,358	-,017	,140
15. I. Comodidad	,137	,763	,102
17. Recursos	,087	,750	,272
18. Participantes	,138	,635	,281
14. Instalaciones	,045	,554	,073
13. Duración	,437	,541	,140
16. I. Señal	,017	,514	,081
12. Horario	,421	,491	,054
11. Información	,448	,458	-,058
19. Amabilidad	,217	,176	,869
20. Profesión	,240	,214	,868
21. Tiempo	,264	,229	,816
Método de extracción: análisis de componentes principales Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser			

rativización del constructo, en concreto, los tres bloques que componen la valoración del programa: organización propiamente dicha, profesorado y metodología. Se aprecia, por tanto, que los bloques contemplados en el diseño aparecen reflejados en la solución factorial.

En el primer factor, que se denomina "organización propiamente dicha", se agrupan los ocho elementos específicos de la organización (preguntas 11 a 18 del cuestionario). En el estudio previo (6) se encontró que estos ítems eran los elementos de organización más relevantes que había que considerar en la valoración del programa. El análisis de fiabilidad de este primer factor indica que la consistencia interna de este conjunto de 8 ítems es de 0,76 (Alfa de Cronbach), por lo que realmente el conjunto de ítems concuerda a la hora de diferenciar a los asistentes en cuanto a su valoración de los elementos de la organización propiamente dicha. En la Tabla 6, se presentan los índices de homogeneidad y el Alfa de Cronbach si se elimina el elemento de los

ítems de organización propiamente dicha del cuestionario. Como puede apreciarse, el valor del índice de homogeneidad es adecuado para todos los elementos.

En el segundo factor, que denominamos "profesorado", se agrupan los tres elementos de la organización para el profesorado: amabilidad, profesionalidad y tiempo y dedicación (Ver Tabla 6). En el estudio previo (6), estos ítems eran los elementos de profesorado más relevantes que había que considerar en la valoración del programa. El análisis de fiabilidad de este segundo factor indica que la consistencia interna de este conjunto de 3 ítems es de 0,91 (Alfa de Cronbach), por lo que realmente el conjunto de ítems está de acuerdo a la hora de diferenciar a los asistentes en cuanto a su valoración de los elementos de profesorado. En la Tabla 7 se presentan los índices de homogeneidad y el Alfa de Cronbach si se elimina el elemento de los ítems de organización referentes al profesorado. Se aprecia que los índices de homogeneidad son adecuados para todos los elementos.

En el tercer factor que denominamos "metodología" se agrupan los siete elementos de valoración del programa propios de la metodología (preguntas 22 a 28 del cuestionario). En el estudio previo (6), estos ítems eran los elementos de metodología más relevantes que había que considerar. El análisis de fiabilidad de este tercer factor compuesto por estos

siete elementos indica que la consistencia interna de este conjunto de ítems es de 0,67 (Alfa de Cronbach), por lo que el conjunto de ítems muestra un nivel de consistencia interna aceptable. Por tanto, se puede asumir que está de acuerdo a la hora de diferenciar a los asistentes en cuanto a su valoración de los elementos de la metodología. En la Ta-

Tabla 6. Elementos de organización propiamente dicha

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11. Información	56,71	91,311	,434	,742
12. Horario	56,00	95,480	,493	,732
13. Duración	55,63	98,103	,554	,729
14. Instalaciones	55,40	96,825	,364	,753
15. I.Comodidad	56,33	91,228	,601	,714
16. I. Señal	55,79	83,886	,344	,786
17. Recursos	55,87	93,068	,620	,715
18. Participantes	55,90	92,988	,538	,724

Tabla 7. Elementos de profesorado

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
19. Amabilidad	19,02	2,985	,828	,861
20. Profesión	18,97	3,162	,874	,835
21. Tiempo	19,07	2,714	,777	,918

Tabla 8. Elementos de metodología

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22. Forma	55,91	45,360	,600	,595
23. Explicaciones	55,68	45,879	,629	,596
24. Opinión	55,53	37,463	,239	,741
25. Dudas	55,49	46,252	,669	,596
26. Miedos	55,55	46,002	,614	,598
27. Entendimiento	55,34	47,174	,676	,603
28. Repetición	55,35	39,703	,236	,718

bla 8 se presentan los índices de homogeneidad y el Alfa de Cronbach si se elimina el elemento de los ítems de metodología. Como puede apreciarse, el valor del índice de homogeneidad es adecuado para todos los elementos. Aun así, se aprecia que los ítems menos relacionados con el total de la escala son el nº 24, en el que se pregunta si se pide que los asistentes expresen su opinión y sus experiencias, y el ítem nº 28, en el que se pregunta si la matrona, si no se ha entendido algo, se da cuenta y lo vuelve a explicar. Si se eliminaran estos ítems subiría mucho la fiabilidad de la escala, sin embargo, el contenido que recogen interesa para describir las valoraciones de los asistentes sobre metodología, por lo que no se eliminan.

Como muestran los resultados, estamos ante un cuestionario que en sus elementos de valoración de programa en cuanto a organización, profesorado y metodología presenta tres factores con una consistencia interna considerable y que permiten describir la valoración del programa en cuanto a estos elementos a través del cuestionario de evaluación objeto de estudio.

Comparación de medias entre el conocimiento, la seguridad y la relación afectiva previos y posteriores al programa

Seguidamente, se ha planteado el funcionamiento de las variables que evalúan el aprendizaje que se logra con el programa. Son las variables de las dimensiones de conocimiento de cuidados, conocimiento de técnicas de apoyo, sensación de control (seguridad) y de relación afectiva positiva con el bebé que corresponden en el cuestionario a las preguntas del número 32 al número 47. En todas ellas se ha preguntado la percepción que se tenía previa al programa y la que se tiene después del programa. Se procede a realizar una comparación de medias (antes y después) mediante la prueba T de Student para determinar si existe un cambio en el aprendizaje debido al programa entre las variables antes y después. Como puede apreciarse en la tabla 9, todas las diferencias de medias de los indicadores de aprendizaje son estadísticamente significativas $p < 0,001$, lo que significa que existe diferencia en el aprendizaje antes y después de aplicar el Programa de Educación. En la tabla, se puede apreciar que para todas las variables el sentido de la diferencia de medias entre el antes y el después indica que las medias son mayores después del programa educativo y la diferencia entre estas medias podemos valorarlas como muy altas ($d > 1$), excepto en la vinculación afectiva con el bebé, donde la percepción de cambio puede valorarse como moderada ($d=0,53$). La mayor percepción de cambio se da en los cuidados de parto ($d=2,15$), técnicas de respiración ($d=2,11$) y cuidados de postparto ($d=2,05$), lo cual es coherente con los contenidos menos conocidos para las mujeres y las parejas embarazadas del primer hijo. La menor percepción de cambio se da en relación afectiva con el bebé

($d=0,53$), lo cual es coherente con el momento en que se imparte el programa, el tercer trimestre de gestación. En esta etapa la aceptación del embarazo debe estar consolidada y la vinculación con el recién nacido iniciada, no obstante, el programa contribuye a aumentar esta vinculación, lo cual es positivo para la futura relación familiar.

Discusión

Análisis de la calidad del instrumento

Disponer de instrumentos psicométricos adecuados en la investigación y la práctica clínica es una necesidad inherente a la atención sanitaria (Ley General de Sanidad, 2011). Esta necesidad se acrecienta, si cabe, cuando hablamos de programas de educación para la salud contemplados en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud con cobertura para toda la población del país, como es el Programa de Educación Maternal. Para dicho programa, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró, en 1995, un cuestionario de evaluación del que no se ha encontrado ningún estudio de resultados y que no contó en su diseño y en su desarrollo con un análisis de la calidad de su funcionamiento. En el estudio sobre la evaluación de los Programas de Educación Maternal en la Comunidad de Madrid (25), se encontró que únicamente un 21,5% de los profesionales que impartían el programa lo evaluaban mediante cuestionario. En este estudio, dentro de los profesionales que utilizaban un cuestionario de evaluación, el 11,8% utilizaba un cuestionario de satisfacción elaborado por el Área Sanitaria, un 7,5% utilizaba un cuestionario elaborado por el propio profesional y solamente un 2,2% utilizaba el cuestionario propuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) (8). En la revisión de la literatura internacional, se han encontrado estudios con evaluaciones cualitativas mediante entrevistas (30-33) y estudios que miden los resultados del programa mediante la aplicación de test validados que evalúan la ansiedad, el estrés, la depresión, el apoyo social, la relación con la pareja, etc. (34-37), pero no se encontraron herramientas de evaluación que se pudieran traducir y validar para aplicar al programa del Sistema Nacional de Salud de España. A la luz de estos datos, resalta la importancia de diseñar una herramienta de evaluación con características psicométricas adecuadas que garantice su fiabilidad y su validez según los estándares de calidad (38).

En esta investigación se garantiza la calidad del diseño y del contenido del cuestionario con los estudios de las fase I y la fase II (6). En esta tercera fase se ha planteado el estudio de la calidad de su funcionalidad mediante el análisis de la fiabilidad y validez del constructo. La finalidad última de la validación del constructo es asegurarse de que los instrumentos de medida en cuestión son útiles para medir lo que se pretende medir, con lo que se garantiza que su uso sea adecuado para la práctica clínica y para la realiza-

Tabla 9. Diferencias de medias de los indicadores de aprendizaje

			N	Media	σ	t Student	g. l.	p Sig. bilateral	d
CONOCIMIENTO CUIDADOS	Cuidados embarazo	Antes	927	2,48	,788	-47,841	926	,000	1,76
		Desp.	927	3,64	,495				
	Cuidados parto	Antes	926	2,08	,833	-57,373	925	,000	2,15
		Desp.	926	3,58	,527				
	Cuidados postparto	Antes	927	2,05	,864	-53,570	926	,000	2,05
		Desp.	927	3,54	,558				
	Cuidados lactancia	Antes	927	2,13	,899	-52,463	926	,000	1,98
		Desp.	927	3,60	,564				
	Cuidados recién nacido	Antes	928	2,34	,967	-39,908	927	,000	1,48
		Desp.	928	3,55	,648				
	Signos y síntomas Acudir a urgencias	Antes	927	2,16	,892	-50,078	926	,000	1,89
		Desp.	927	3,61	,623				
CONOCIMIENTO TÉCNICAS APOYO	Ejercicio embarazo	Antes	928	2,12	,835	-44,273	927	,000	1,73
		Desp.	928	3,40	,644				
	Ejercicio suelo pélvico	Antes	928	1,99	1,361	-32,024	927	,000	1,37
		Desp.	928	3,45	,648				
	Técnicas respiración	Antes	928	1,97	,847	-50,608	927	,000	2,11
		Desp.	928	3,51	,600				
	Técnicas relajación	Antes	928	2,08	,869	-44,883	927	,000	1,82
		Desp.	928	3,46	,632				
SENSACIÓN DE CONTROL (SEGURIDAD)	Hacia el embarazo	Antes	928	2,37	,742	-37,562	927	,000	1,36
		Desp.	928	3,27	,570				
	Hacia el parto	Antes	928	2,04	,780	-40,109	927	,000	1,51
		Desp.	928	3,11	,633				
	Hacia el postparto	Antes	928	2,17	,730	-40,796	927	,000	1,50
		Desp.	928	3,16	,585				
	Hacia la lactancia	Antes	928	2,24	,810	-40,198	927	,000	1,42
		Desp.	928	3,26	,615				
	Hacia el cuidado del bebé	Antes	928	2,35	,823	-37,064	927	,000	1,29
		Desp.	928	3,28	,618				
R.A.	Relación afectiva con el bebé	Antes	928	3,18	1,013	-20,593	927	,000	0,53
		Desp.	928	3,67	,834				

ción de estudios multicéntricos nacionales e internacionales en los que se pretenda agregar los datos obtenidos en centros de diversas comunidades y países (39). Así, para el análisis de fiabilidad se han tomado los ítems referidos a la valoración del programa en cuanto a organización, profesorado y metodología. Para ellos se ha obtenido un Alfa de Cronbach (0,829) y unos índices de homogeneidad adecuados. La prueba KMO (0,91) indicó la adecuación del tamaño muestral y la prueba de de esfericidad de Bartlett demostró que la matriz de correlaciones era significativamente diferente de la matriz de identidad ($p < 0,001$). El análisis factorial determinó una estructura de tres factores que resultó coherente con la estructura planteada en la operativización del constructo. Asimismo, los coeficientes de consistencia interna obtenidos ($> 0,7$) indican la homogeneidad e interdependencia que presentan entre sí los ítems de cada factor. Por tanto, la consistencia interna presentada por los factores analizados fue satisfactoria.

La eficacia del programa, en cuanto al aprendizaje que se produce con él, se ha evaluado comparando la percepción de aprendizaje previo y posterior que refieren los asistentes en cuanto a conocimientos de cuidados y de técnicas de apoyo (preguntas 32 a 41 del cuestionario). El impacto inmediato que produce el programa se ha evaluado comparando la percepción de control o seguridad y de relación afectiva positiva con el bebé previa y posterior al programa que refieren los asistentes (preguntas 42 a 47 del cuestionario). Para ver el cambio en la percepción del aprendizaje y en la percepción de control y de relación afectiva con el bebé en dos momentos (antes y después) se ha realizado la prueba T de Student para muestras relacionadas y las correlaciones subsiguientes. Los resultados significativos de todas ellas ($p < 0,001$) garantizan la funcionalidad de la herramienta para medir la percepción de aprendizaje, de control y de vinculación afectiva con el bebé previa y posterior obtenida con el programa. Por todo ello, los resultados obtenidos muestran que el cuestionario EDUMA2 presenta características psicométricas adecuadas y correlaciones estadísticamente significativas entre las variables del test, lo que garantiza las posibilidades de empleo del cuestionario para evaluar la calidad del segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación del Programa de Educación para la maternidad/paternidad del Sistema Nacional de Salud español o de cualquier otro que incorpore los objetivos de programa contemplados en el diseño de la herramienta (25).

Principales conclusiones y propuestas de mejora

- La gran aportación del estudio se encuentra en que elabora una herramienta de evaluación, tipo cuestionario, que por la metodología con que se ha construido garantiza la obtención de resultados válidos y fiables sobre un Programa de Educación para la Salud de ámbito nacional y de in-

terés internacional según los objetivos de salud del Milenio para 2015 de la Organización Mundial de la Salud (4).

- La construcción de la herramienta ha contemplado en su proceso el cumplimiento de las leyes de calidad: la Ley General de Sanidad (2011), el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2010), la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como las leyes internacionales de calidad (11-14).
- La calidad de la herramienta diseñada facilitará la práctica de la evaluación a los profesionales sanitarios que imparten el programa y a las instituciones sanitarias subsidiarias que asuman los objetivos que mide la herramienta, que han sido diseñados conforme la bibliografía internacional al respecto (25).

El novedoso enfoque de la herramienta según un modelo de calidad (40) permitirá obtener resultados de la calidad del programa impartido en cuanto a los 56 parámetros que se contemplan en la misma. Es decir, 10 parámetros de Eficiencia (preguntas 1 a 10), 19 parámetros de Funcionalidad (horario y preguntas 11 a 28), 21 de Eficacia (preguntas 29 a 41 y 48 a 55) y 6 de Impacto inmediato (preguntas 42 a 47). Con ello se cubrirá la necesidad nacional e internacional de conocer los resultados del programa y de establecer propuestas de mejora específicas en materia de educación para la salud materno-infantil (14, 24). El diseño de la herramienta en único folio a doble cara permite una rápida cumplimentación y la forma en que se ha establecido la recogida de datos permite su tabulación mediante medios de lectura óptica. Estos elementos aumentan las posibilidades de sistematizar su utilización y explotación de datos.

En definitiva, la calidad de la herramienta diseñada EDUMA2 garantiza su utilización para evaluar el segundo nivel o sesiones del tercer trimestre de gestación del Programa de Educación para la maternidad/paternidad, por lo que si se emplea, contribuirá a mejorar los programas, de lo que se beneficiarán las administraciones sanitarias responsables, los profesionales que los imparten y toda la población susceptible de recibir programas de mayor calidad en el momento de máxima vulnerabilidad, la gestación y la crianza.

- Las principales limitaciones de la investigación son: únicamente se ha podido incluir en la herramienta, dado el momento de su administración (al finalizar la impartición del programa), elementos de valoración del impacto inmediato, por lo que quedan por estudiar los resultados de impacto sociosanitario a medio y largo plazo. Es decir, valorar después del parto los resultados de morbi-mortalidad materna y neonatal, la utilidad del aprendizaje para el parto y la satisfacción con la vivencia del nacimiento y estudiar después del puerperio los resultados de salud, de aprendizaje sobre la crianza, de prevención de la depresión postparto y de la vivencia del puerperio.

- En esta investigación solamente se ha abordado el segundo nivel del programa por lo que habrá que realizar el mismo tipo de estudio para conocer los resultados de calidad de los otros dos niveles del programa, las sesiones de segundo trimestre de gestación y las de postparto.

Implicaciones para la práctica

La primera aplicación práctica que se deriva de esta investigación es la utilidad de la herramienta de evaluación. No se ha encontrado en la bibliografía ninguna herramienta con este proceso de construcción que garantice su fiabilidad y validez. En segundo lugar, la relevancia de la herramienta obtenida puede favorecer y extender la práctica evaluativa en futuras investigaciones a nivel nacional e internacional. En este sentido, cabe esperar que el enfoque de la calidad de la herramienta, que no se ha encontrado en la bibliografía de evaluación de intervenciones educativas sanitarias, inicie una vía de investigación con grandes posibilidades de aplicación desde las perspectivas de la formación de los profesionales, las entidades responsables de la administración y la gestión y desde la reflexión de los propios profesionales sobre su desempeño profesional. Esta línea presenta un enfoque positivo, ya que visualiza los elementos de eficiencia, funcionalidad, eficacia e impacto inmediato que hacen que los profesionales y las administraciones reorganicen sus recursos y sus intervenciones. El conocimiento de los elementos de la calidad de un programa de educación para la salud permitirá elaborar estrategias específicas para mejorar las intervenciones educativas en la promoción de la salud.

Agradecimiento

A los departamentos de Evaluación de Tecnología Sanitaria y de Calidad de la Comunidad de Madrid, al Departamento de Estadística, la Comisión de Ética y de Investigación del H. U. La Paz y a todas las matronas de Atención Primaria y residentes de matrona de la Comunidad de Madrid por su valiosa e imprescindible colaboración.

Nota: las personas interesadas pueden solicitar el cuestionario a la autora.

Bibliografía

1. Artieta Pinedo MI, Paz Pascual C. A review of the usefulness of maternal education. *Rev. Enferm.* 2006; 29(12):24-32.
2. Albizu L, Goni J, Mejias A. Antenatal education and recognition of the onset of labour. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23:337-342.
3. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, Raine R. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health* 2011; 11:606.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe del decenio sobre el seguimiento de la supervivencia materna, neonatal e infantil. Ginebra: OMS; 2010. [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/Count-down_2010es.pdf
5. Phipps H, Charlton S, Dietz HP. Can antenatal education influence how women push in labour? A Pilot Randomised Controlled Trial on Maternal Antenatal. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 49:274-278.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Educación para la Maternidad. Tomo I y II. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General; 1995.
7. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. Childbirth education and birth plans. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(6):469-476.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía sobre Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría Técnica); 1986.
9. Castillo S. Evaluación de Programas de Intervención Socioeducativa. Madrid: Pearson Education; 2004.
10. Sandín-Vázquez M, Sarriá-Santamamera A. Evaluación de impacto en salud: Valorando la efectividad de las políticas de salud de las poblaciones. *Rev Esp Salud Pú* 2008; 82:261-272.
11. Organización Mundial para la Calidad. WQO 2200:08 Compromiso con la Responsabilidad Social Organizacional. Áreas: Recursos Humanos, Educación-Formación. [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: http://twqo.org/esp/normas_proyecto.html
12. Organización Europea para la Calidad. EOQ - European Organization for Quality (EOQ). [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.eoq.org>
13. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). (BOE, núm. 128, de 29 de mayo de 2003) p. 20567-588.
14. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. (BOE, núm. 240, de 5 de octubre de 2011).
15. Nolan M. Before we begin. The importance of antenatal education. *Review. Pract Midwife*. 2012; 15(4):12-44.
16. Manant A, Dodgson JE. CenteringPregnancy: Una revisión de la literatura Integrativa. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56(2):94-102.
17. Novick G. Women's experience of prenatal care: An integrative review. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54:226-237.
18. Armigo C. Prenatal education regarding gestational development, viability, and survivorship: looking to our obstetric colleagues for change. *Adv Neonatal Care* 2008; 8(3):185-189.

19. Arslan F, Hatipoğlu S. Determining the effect of education and counselling program in infant care on the quality of life of the primiparous mothers. *Balkan Med Rev* 2007; 10:21-28.
20. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007; (3):CD002869.
21. Barlow J, Coren E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1):CD002020.
22. Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Ann Ist Super Sanita* 2000; 36:465-478.
23. Fernández M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index Enferm* 2013; 22(2):40-44.
24. Artieta Pinedo I, Paz Pascual C, Grandes G, Remiro Fernández de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain. *Nursing Research* 2010; 59(3):194-202.
25. Fernández M, Muñoz I, Torres J. Comunicación Oral: "Análisis de la evaluación de los programas de Educación Maternal en Atención Primaria en Madrid". Libro de ponencias: XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii); 2012. p. 274-277. [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Listado.aspx?IdMenu=5eb46f5d-d732-4ba2-a96c-4e438e63a2d9>
26. Pingarrón MT. Educación maternal: expectativas, satisfacción y eficacia percibida. *Salud y Cuidados* 2002; 11(3).
27. Fernández M. Construcción de una escala para medir el perfil motivacional de las matronas hacia los programas de educación maternal. *Index Enferm* 2009; 18(2):126-130.
28. Fernández M, Sánchez MI, Blanco ML, Cenjor M, Díaz J, Elena A, González RM, Gutiérrez L, Heras CI, Martínez MC, Pardeiro S, Sánchez MF. Análisis de los programas utilizados por las matronas en Educación para la Maternidad en los distintos centros de la comunidad de Madrid. *Matronas Hoy* 1999; 12(1): 6-14.
29. Fernández M. Estudio piloto para la elaboración de un cuestionario de evaluación para el 2º nivel del programa de educación maternal. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) 2011; 11:77-80. [En línea] [fecha de acceso: 10 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Listado.aspx?IdMenu=5eb46f5d-d732-4ba2-a96c-4e438e63a2d9>
30. Erlandsson K, Häggström-Nordin E. Prenatal parental education from the perspective of fathers with experience as primary caregiver immediately following birth: a phenomenographic study. *J Perinat Educ* 2010; 19(1):19-28.
31. Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs* 2010; 66(5):999-1010.
32. Coşkun AM, Karakaya E, Yaşer Y. A safe motherhood education and counselling programme in Istanbul. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009; 14(6):424-436.
33. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:330-339.
34. Koehn ML. Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education* 2002; 11:10-19.
35. Zhou JJ, Pelka S, Lange K, Palmer CG, Sinsheimer JS. Dissecting prenatal, postnatal, and inherited effects: ART and desing. *Genet Epidemiol*. 2011; 35(6):437-446.
36. Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 2010; 117(8):921-928.
37. Warchal AJ. Effects of Mindfulness-Based Strategies during Pregnancy. *Proprium Journal of Psychology* 2010; 4.
38. Pérez R, Pérez G. Hacia una educación de calidad: gestión, instrumentos y evaluación. Madrid: Narcea; 2001.
39. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review. *J Adv Nurs* 2008; 61(3):244-260.
40. Gento S. Instituciones educativas para la calidad total. Madrid: La Muralla; 1996.

Historia clínica: su significado en la asistencia sanitaria

Juan Siso Martín

Profesor de Derecho Sanitario. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

Contacte con el autor para realizar sus consultas sobre este artículo a través del siguiente portal: www.juansiso.es

Introducción

La historia clínica es el documento sanitario más relevante de cualquier usuario o paciente. En su tratamiento y uso confluje normativa de índole sanitaria, deontológica, administrativa, civil y penal.

Cumple diversas funciones asistenciales, fundamentalmente, la descriptora de la asistencia recibida y otras no asistenciales, como la de recoger información para prestaciones o servir de prueba en la Administración de Justicia.

Es propiedad del centro sanitario en el que se encuentra el soporte material con los documentos que incorpora y pertenece a los profesionales sanitarios los criterios, opiniones y valoraciones insertados en ella; al paciente le corresponde el acceso a la historia.

El acceso por el paciente puede ser, simplemente, para examinar el contenido o para obtener copia, parcial o total, de la historia, pero no puede acceder a información referida a terceros o a las anotaciones subjetivas de los profesionales. Se consideran anotaciones subjetivas aquellos juicios o consideraciones carentes de valor clínico para la asistencia.

El paciente capaz y consciente es quien puede autorizar, o denegar, el acceso a su historia por parte de otras personas. Los familiares solamente pueden acceder con ese consentimiento, aunque pueden hacerlo sin él en caso de que no pueda ser prestado y el acceso esté motivado por el beneficio que puede suponer para el paciente.

Los profesionales sanitarios no pueden acceder a cualquier historia solamente por su condición de trabajadores del centro sanitario, sino que es preciso que tengan relación asistencial con el paciente titular. Esta relación se conoce como "principio de vinculación".

La historia clínica debe ser conservada por el centro sanitario durante un periodo mínimo de cinco años después de cada proceso de alta, si bien por razones prácticas se conservan indefinidamente. Posteriormente, cuando el paciente fallece, pasan a un archivo pasivo.

Relevancia de la historia clínica

La exigencia de responsabilidad por los daños recibidos con motivo de la práctica médica tiene como piedra angular, frecuentemente, la transcripción detallada de la actuación asistencial que se recoge en la historia clínica. Podemos, pues, comprender por qué la obtención de dicho cuerpo documental es el primer objetivo en cualquier reclamación de dicha índole.

Reúne condiciones que la hacen codiciable como elemento probatorio: carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas y pruebas realizadas, así como su rigor científico y la presunción de veracidad de cuanto allí se contiene. Por si fuera poco, está elaborada por los propios protagonistas de la historia. ¿Se puede pedir más a un medio probatorio?

- Confluyen en el tratamiento de la historia clínica, en sus distintos aspectos, varias normas de nuestro Ordenamiento Jurídico: con carácter principal, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como los Códigos Deontológicos Profesionales.
- Contienen, también, preceptos relacionados con el asunto que nos ocupa, de forma destacada, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Iré dando cuenta de los correspondientes preceptos a lo largo de este documento.

Qué es y para qué sirve la historia clínica

La Ley 41/2002, en su artículo 14, define la historia clínica como: "el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ella, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro".

El valor documental de la historia, desde el punto de vista asistencial, no es solamente el de recoger cuanta información respecta a la asistencia recibida por un paciente, sino, además, servir de elemento de partida para la asistencia que se pueda dispensar en otro medio sanitario distinto o por otro profesional en el mismo medio sanitario.

La historia ha sido tradicionalmente concebida como un documento asistencial con funciones y finalidades circunscritas al espacio asistencial en el que se encuentra, aun teniendo, sin embargo, un espacio de utilización mucho más amplio. Muestra su utilidad en estos aspectos:

- Seguridad Social: prestaciones económicas que tienen como causa y elemento valorativo la situación de salud de

una persona. Es el caso de las incapacidades, en grado de temporales o definitivas. La historia es un documento de valor único para determinar el estado de salud de la persona, los antecedentes, evolución y situación actual con su pronóstico de evolución a efectos laborales.

- Inspección sanitaria: le corresponde el análisis de hechos acaecidos en un centro sanitario, respecto de la conducta de sus profesionales, para el trámite de expedientes disciplinarios o la evaluación de responsabilidades de la institución prestadora de la asistencia, cuando ha sido abierto expediente de depuración administrativa al respecto.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: en asuntos tan variados como la identificación de personas, datos de estancia o de la asistencia prestada en centros sanitarios a determinados ciudadanos sobre los que hay investigaciones en curso, respecto de acciones potencialmente delictivas.
- Órganos judiciales: procesos seguidos ante los tribunales, en órdenes jurisdiccionales diversos, como el civil (reclamaciones de cantidades indemnizatorias), el penal (comisión de hechos delictivos) o el contencioso administrativo (reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria).
- Compañías de seguros: responsabilidades económicas derivadas de la estancia o tratamiento de uno de sus asegurados en una institución sanitaria y respecto de las cuales tienen tramitaciones en curso.

Más adelante vamos a ver de qué modo muestra su utilidad y cuáles son los matices en cada uno de estos aspectos.

Contenido de la historia clínica

La Ley 41/2002, en su artículo 15, refiere aquello que legalmente debe considerarse el contenido de la historia clínica de cada paciente:

- La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
- La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

Determina dicho precepto que, como mínimo, este documento habrá de contener los siguientes elementos:

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

El amplio repertorio documental en su origen, contenido o finalidad deja claro el valor de este instrumento como elemento probatorio en el sentido, antes mencionado, de su capacidad de reflejar la asistencia recibida por el paciente y su sujeción, o no, a patrones deontológicos y legales.

Finalidad de la historia clínica

El fin primordial de la historia clínica es "facilitar la asistencia sanitaria del ciudadano, recogiendo toda la información clínica necesaria para asegurar, bajo un criterio médico, el conocimiento veraz, exacto y actualizado de su estado de salud por los sanitarios que le atienden".

Así se pronunció el grupo de expertos reunido en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en noviembre de 1997, en su documento final sobre información y documentación clínica. En dicho documento se recoge que los datos de la historia de una persona en un centro o área sanitaria deben disponerse de tal manera que permita: su consulta integrada, de tal manera que por medio de una búsqueda única puedan recuperarse todos los datos de la historia de un mismo paciente, y ello con independencia de su origen en el tiempo o de la unidad donde se recogieron; su consulta coherente y ordenada, para lo cual todas las anotaciones que en ella se realicen contendrán la fecha, la identificación de la persona que la realiza y la unidad del centro sanitario a la que pertenece; su consulta selectiva y diferenciada por episodios asistenciales que constituyen bloques homogéneos de información que se han generado en una fracción determinada de tiempo, como consecuencia de un determinado motivo de asistencia sanitaria y bajo una modalidad asistencial concreta: hospitalización, consulta ambulatoria, urgen-

cias, hospital de día u otras que pudieran establecerse; este documento del Grupo de Expertos tiene estrecha relación con el contenido del Convenio de Oviedo, de 4 de abril de 1997, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, así como con la redacción de la Ley 41/2002, todos ellos instrumentos reguladores de la materia que venimos analizando.

Se puede ver el parecido (muy acusado) en la letra de la Ley 41/2002, sobre este aspecto, en su artículo 15: "2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud".

Propiedad de la historia clínica

Este es un asunto controvertido en la materia que ahora nos ocupa, por la heterogeneidad del contenido de la historia y sobre todo por las repercusiones prácticas que tiene el pronunciarse por una u otra opción, ya que de inmediato surge la cuestión del acceso y disponibilidad de la historia por una variedad de sujetos.

Quiero adelantar que al legislador le inquietó más (y a los tribunales en su aplicación, también) la cuestión del acceso a la historia, que la de su propiedad, como veremos más adelante.

Complica, aún más, el asunto de la propiedad el hecho de que confluyen intereses jurídicamente protegidos distintos e incluso derechos subjetivos contrapuestos, como el derecho a la intimidad del paciente, con la correlativa obligación de confidencialidad y secreto profesional, así como el derecho de acceso del propio paciente, o de otras personas, a la información contenida en la historia.

Para basar en uno u otro argumento la propiedad de la historia, se exponen las siguientes teorías:

- Propiedad del centro sanitario. Pertenece al establecimiento clínico en el que se encuentra archivada y en donde puede ser consultada.
- Propiedad de los profesionales que la han redactado.
- Propiedad del usuario, protagonista de la asistencia a la que se refiere la historia.
- He de decir que ninguna de estas tesis es válida, individualmente considerada, pues ofrece una visión parcial de esta realidad. Es precisa una tesis mixta o integradora, única que ofrece una visión cabal de esta cuestión en el sentido siguiente:
 - El soporte material corresponde al centro en el que se encuentra (documentos, radiografías, discos de ordenador, etc.).

- A los profesionales pertenece la autoría de sus opiniones o criterios, lo que podríamos llamar, en algún modo, la propiedad intelectual.
- Al paciente le corresponde, no la propiedad, sino algo mucho más útil y valioso, la posibilidad de acceder a la historia clínica por razones de índole clínica o legal, así como la de autorizar, o no, el acceso y la obtención de datos por otras personas, quienes actuarán de forma ilegítima en caso contrario.

El acceso a la historia clínica

Esta es, en realidad, la cuestión capital. El acceso, y no la propiedad de la historia, es lo relevante. Interesa acceder a la prueba, sin ser necesario apropiarse de ella para obtenerle su utilidad.

La Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, recoge el principio general de preservación de la intimidad de los datos de salud de las personas y la correlativa obligación de confidencialidad de los centros sanitarios:

Artículo 7. El derecho a la intimidad

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

En este sentido que se acaba de mencionar, la Ley 41/2002 añade en su artículo 14: "Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información".

¿Por qué se quiere acceder a la historia clínica?

Las razones, que pueden ser muy variadas, se agrupan en dos motivos principales y se explican a continuación:

- Razones clínicas.
- Razones jurídicas.

Por motivos clínico-asistenciales se solicita la documentación clínica con el objeto de analizar, en dicho campo, determinada información contenida en ella. El carácter compendiador de la historia la hace especialmente útil en este sentido. Extraer de la misma un estudio radiográfico o unas

pruebas analíticas y examinar los referidos elementos puede permitir una concreción diagnóstica, siempre que estos cuenten con proximidad temporal suficiente, pero, además, puede evitar someter al paciente (desde su propio interés) a nuevas pruebas agresivas para su salud, como estudios radiográficos, práctica de TAC o escáner o la repetición de las ya realizadas.

En lo que respecta a las razones de índole jurídica que pueden mover a la solicitud de la historia, se ciñen, sustancialmente, a la disponibilidad de un precioso medio de valoración de una eventual responsabilidad en la actuación sanitaria llevada a cabo respecto del paciente. Esta responsabilidad puede ser exigida en distintas vías jurisdiccionales y tener al paciente como demandante o como demandado. No olvidemos que este conjunto documental es la pieza clave habitualmente para dilucidar la concurrencia, o no, de la citada responsabilidad, de tal modo que la historia clínica es conocida, en medios forenses de evaluación de responsabilidad sanitaria, como la prueba reina, por el conjunto de elementos probatorios que contiene y el valor probatorio de los mismos.

Teniendo en cuenta, precisamente, el valor de este instrumento probatorio, en el sentido que vengo expresando, y la capacidad potencial de compromiso que puede ejercer sobre determinados profesionales, y también sobre la propia Administración Sanitaria de la que aquellos dependen, se muestra, a veces, por parte de los centros sanitarios una reticencia a facilitar la historia clínica al reclamante, o al menos, determinados documentos sustanciales que forman parte de ella.

Concurren, además de esta actitud defensiva de la Administración Sanitaria, otros ingredientes en la negativa citada. Mencionaré, primero, una corriente secular de oscurantismo en la actuación de los poderes públicos hacia el ciudadano, hecho este que cobra una particular relevancia histórica en el medio sanitario, junto con el hecho de que, históricamente, la medicina se ha venido ejerciendo en beneficio del paciente, pero sin el paciente. A esto hemos de añadir una enraizada creencia de la Administración Sanitaria de que la historia clínica es propiedad del centro, criterio que ha penetrado la cultura de las instituciones sanitarias y aún hoy persiste en algunas de ellas.

Acceso por el propio paciente

Es decir, por la persona a la que se refiere la historia y que parece podría ser un asunto que no necesitaría de precisiones, cosa que no es del todo cierta, como vamos a ver:

Artículo 18.1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella.

Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

La Ley expone, claramente, que además del propio acceso, se puede obtener copia de la historia, cuestión que debemos contestar afirmativamente, pues las normas vigentes así lo permiten y, por otra parte, esta es la verdadera utilidad del acceso.

Declarado esto, se hace con mención unas reservas, que se explicitan en el siguiente párrafo tercero:

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

De este modo parece claro que, siendo el paciente mismo quien quiera acceder a su propia historia, no debería haber limitaciones, pero la Ley recoge las dos mencionadas:

- Información referente a terceras personas, que de ser facilitada se quebrantaría la confidencialidad que el sistema sanitario les debe.
- Anotaciones subjetivas de los profesionales que hayan plasmado en la historia. Es muy controvertido el delimitar qué se considera "anotación subjetiva", si bien debe considerarse como tal toda aquella opinión o valoración del profesional insertada en ese documento y carente de valor clínico.

No se puede dejar pasar la oportunidad de hacer unas precisiones sobre este asunto capital en el tratamiento de la historia clínica, que es el de matizar las anotaciones subjetivas.

Su aparición en un documento clínico motiva, frecuentemente, la negativa de acceso del ciudadano a dicho documento emitida por el centro sanitario en donde se encuentra este elemento material.

Surgen a este respecto tres matizaciones necesarias:

- ¿Qué debe entenderse por anotación subjetiva? Se debe concluir que es, en el sentido antes expresado, toda aquella apreciación, impresión, valoración o juicio del profesional sin directa relevancia clínica.
- La existencia de estas anotaciones invalida el acceso del ciudadano a la totalidad del documento en el que constan. Entiendo que no debe ser así, puesto que el proceder correcto sería el de la eliminación de la anotación y la entrega del documento tratado de este modo. Las técnicas concretas son en extremo sencillas y no creo necesario hacer aquí mención alguna al respecto.

- ¿Quién debe actuar para valorar qué es anotación subjetiva y proceder a su eliminación, antes de facilitar el acceso al ciudadano? (asunto complejo y variable en razón del centro sanitario en el que haya de procederse y al que la Ley no aporta solución). Parece idóneo responder que el Comité de Ética Asistencial, cuando lo haya, la persona responsable de los Servicios de Documentación Clínica o de Atención al Paciente o la propia Dirección Médica. Debe, en definitiva, evitarse que sea el propio profesional que redactó las anotaciones el que se convierta en juez y parte en este asunto. He de decir, en honor a la verdad, que va penetrando en la Administración Sanitaria la cultura de transparencia y servicio público y que ya es más frecuente el facilitar la información a quien legítimamente la solicita, que la postura contraria, ejercida de manera habitual años atrás. Los centros sanitarios, como cualquier institución pública, deben ahondar en su vocación de servicio y evitar la fácil tentación de creerse un fin en sí mismos.

Conviene dejar constancia de que, en caso de no obtener un acceso al que se cree por el paciente tener legítimo derecho, cabe la interposición de una reclamación en el medio sanitario y eventuales acciones en el orden contencioso administrativo, contándose, además, con un instrumento poco conocido, cual es la Agencia de Protección de Datos, como recoge la Ley 15/1999:

18.2. El interesado al que se deniegue, total o parcialmente, el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, podrá ponerlo en conocimiento de la Agencia de Protección de Datos o, en su caso, del organismo competente de cada Comunidad Autónoma, que deberá asegurarse de la procedencia o improcedencia de la denegación.

3. El plazo máximo en que debe dictarse la resolución expresa de tutela de derechos será de seis meses.

4. Contra las resoluciones de la Agencia de Protección de Datos procederá recurso contencioso-administrativo.

Acceso por los familiares del paciente

El elemento caracterizador del derecho de acceso a la historia clínica es que se encuentra frecuentemente interferido por la necesaria atención a otros derechos. La tensión se ejerce entre la necesaria transparencia y el deber de secreto. Se da, en este asunto, una potencial colisión entre el derecho del usuario a la confidencialidad de la información a él referida y el derecho de determinadas personas de acceder a la citada información.

No es posible el acceso a la historia clínica de un paciente capaz y consciente, por sus familiares, sin la autorización de aquel. En caso de incapacidad o inconsciencia habrá de valorarse la necesidad del acceso y el beneficio potencial que

tal acceso puede aportar al paciente. En el artículo 18 de la Ley 41/2002 se reconoce el derecho de los familiares de un paciente fallecido a acceder a la historia de aquel, con unas interesantes precisiones. El acceso a la historia clínica de un pariente fallecido puede ser obstruido en vida por aquel y los accesos han de tener como motivo razones de protección de la salud de quien solicita entrar a conocer datos de la historia, que, por otra parte, serán solo los necesarios.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Acceso por terceras personas

En este apartado se incluye cualquier persona que no sea ni el paciente titular de la historia, ni los familiares a los que acabo de referirme.

Podemos diferenciar, en este grupo, dos supuestos diferentes:

• Terceros integrados en el ámbito asistencial

No plantea duda la posibilidad de acceso por los profesionales encargados de la asistencia, por la inspección sanitaria o por medios científicos o investigadores (con las lógicas limitaciones derivadas de su concreta función). Es necesario, sin embargo, hacer una matización y es que el personal sanitario, por el hecho de serlo, no tiene un derecho absoluto e incondicionado a la historia clínica, sino que se rige a este respecto por el llamado principio de vinculación. Consiste en que el acceso está autorizado para el profesional respecto de las historias que corresponden a pacientes a quienes presta asistencia, ya que, de exceder, este principio declara que la vulneración es deontológica y legalmente exigible, incluso, en el ámbito penal.

También es factible el acceso del personal de gestión que realice funciones de apoyo al ámbito asistencial, acceso limitado, naturalmente, al objeto y contenido estricto de su función. Esta limitación, de excederse, hace incurrir a su responsable igualmente en responsabilidades.

Hay que destacar que a cualquiera que acceda a la historia, bajo forma legal, le alcanza el deber de secreto, como recoge el artículo 16.6 de la Ley 41/2002: "El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto".

• Terceros NO integrados en el ámbito asistencial

No es posible el acceso a la historia por las empresas respecto de sus trabajadores, en cuanto a información individualizada de los mismos, salvo autorización del propio titular de la información.

Tampoco se autoriza el acceso por parte de las compañías de seguros, respecto de pacientes que tienen la condición de asegurados con la misma, salvedad de autorización por parte del titular de la historia.

Actualmente, existen empresas privadas que custodian y gestionan historias clínicas de algunos centros públicos. Son los llamados gestores de historias clínicas, que se ocupan no solo del almacenamiento, sino del procesado y manejo de la información. Es un fenómeno frecuente en centros sanitarios que tienen gran volumen de información. Es una posibilidad que tiene dos condicionantes: a estas empresas les está prohibido subcontratar el servicio (como es normal en otras empresas vinculadas a centros sanitarios: limpieza, cocina...), por una parte, y han de devolver, por otra, los soportes informáticos con la información, o destruirlos en presencia de la Administración, una vez concluida la relación contractual.

Puede estar el acceso dirigido a otras finalidades, como los epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, en cuyos casos hay precisiones específicas, conforme al apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41 /2002:

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

La incorporación de la historia clínica a los tribunales tiene, no obstante, unos matices que merece la pena destacar de forma especial.

La historia ante los tribunales

La primera cuestión que se plantea siempre que se trata el

tema de la historia como prueba, en el ámbito judicial, es la de si la petición de la historia por dichos órganos tiene carácter absoluto, es decir, si se ha de proceder a su entrega inmediata e incondicionada en cumplimiento del deber de colaboración con la Justicia y sin otras consideraciones.

Comenzaré anticipando la respuesta, en el sentido de que no hay tal potestad judicial incondicionada y ello se explica de la siguiente forma: es frecuente, en la vivencia de los profesionales y en la aplicación a ella del Derecho Sanitario, que aparezcan dos bienes jurídicos susceptibles de ser protegidos (o dos obligaciones coincidentes) sobre los que hay que determinar, si es posible, la coexistencia de ambos (y determinar el modo en que esto suceda) o si debe prevalecer uno sobre el otro, cual y por qué. En este caso aparecen en liza la obligación, antes mencionada, de colaborar con la justicia y la obligación de confidencialidad que se le debe al paciente, respecto de la información contenida en la historia clínica.

Las personas y entidades están obligadas a prestar la colaboración requerida por los jueces y tribunales y, en este sentido, lo expresan la Ley Orgánica del Poder Judicial y la Ley de Protección de Datos. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que sobre los profesionales y el centro sanitario pesa, también, el deber de confidencialidad y que, ante una petición inconcreta de la autoridad judicial, deberá oponerse la petición de aclaración del motivo y alcance de la información requerida, pues de no producirse esta necesaria puntualización, se incurrirían en vulneraciones en la intimidad personal del titular de la historia solicitada. Una petición de un tribunal civil de la historia clínica de un herido en accidente de tráfico para dilucidar las responsabilidades económicas de dicho siniestro, debe tener como respuesta el envío de la historia clínica desde la fecha del ingreso hospitalario motivado por el accidente, pero nunca tal historia completa, pues contendría datos siempre innecesarios y quebrantaría la obligación de confidencialidad del centro sanitario hacia su paciente. Imagínese episodios sanitarios, de su pasado, que el paciente no quiere que se conozcan (un aborto, una enfermedad de transmisión sexual, un trastorno psiquiátrico, por ejemplo).

No hay que olvidar, por otra parte, que la aportación de la historia clínica como prueba suele ser motivada por petición de una parte, a la que el juez puede responder afirmativamente y que no se sabe en dónde puede acabar este cuerpo documental.

Esta relativización es aplicable al conjunto de los órdenes jurisdiccionales (civil, contencioso y social), pero no al penal, a donde debe ser remitida, sin dilación, la historia solicitada, tanto en caso de que el inculpado sea el profesional como si lo es el paciente titular de la historia. Si el inculpado es el profesional y la historia se refiere, precisamente, al paciente perjudicado, la solución tiene cierta complejidad. Se arguye, algunas veces, como criterio impeditivo de la

entrega de la historia el derecho del profesional a no declarar contra sí mismo y la no obligatoriedad, tampoco, del centro sanitario, en cuanto mero depositario de aquella. No podemos estar de acuerdo con estos planteamientos, pues entendemos prioritario el derecho del paciente perjudicado a la tutela judicial efectiva, lo que conlleva la utilización de los medios de prueba pertinentes, entre los que destaca, evidentemente, la historia clínica, que, no hay que olvidar que, interpretada objetiva y cabalmente, puede servir tanto para inculpar como para exculpar al profesional, en razón a las acciones y omisiones de aquel reflejadas en la historia.

Se plantea, también, la cuestión de que el órgano judicial, a veces, además de pedir la historia completa, la pide en su formato original. Rigen aquí las mismas matizaciones ya expresadas con anterioridad respecto a la entrega sin paliativos al orden jurisdiccional penal y la conducta de atenuación de este rigor en los otros órdenes, que procuran satisfacer la pretensión del tribunal con fotocopia (de la parte afectada de la historia), opción legalmente posible, como es sabido, pues debe quedar el original en el centro sanitario.

Es preciso destacar que, cuando la historia no existe, o está confeccionada defectuosamente, se genera responsabilidad hacia el centro sanitario. La excesiva demora o las dificultades puestas al tribunal para el acceso a la documentación clínica funcionan siempre en contra del centro sanitario.

Es inevitable que estas situaciones sean consideradas por el tribunal como graves inconvenientes para obtener un proceso claro y sin dilaciones en la sede judicial.

Conservación de la historia

Una vez más tenemos dos intereses legítimos en posible liza en el medio sanitario. Veamos, aquí se da una colisión entre dos asuntos que hay que atender: la garantía del interesado que exige dilatar los plazos de conservación de la historia clínica el mayor tiempo posible en su beneficio, por una parte, y la manejabilidad del conjunto de las historias e, incluso, el propio espacio físico disponible para su almacenamiento, en provecho de la gestión del centro sanitario, por otra parte, al menos en la situación de hecho vivida hasta las historias en soporte electrónico. En la normativa española de ámbito nacional no existía, hasta la Ley 41/2002, ningún precepto que recogiera plazos mínimos de conservación y es en el ámbito de las Comunidades Autónomas que integran la sanidad transferida española en donde se ha ido desarrollando este extremo.

Actualmente, la Ley 41/2002 contiene una mención al respecto y establece, en su artículo 17, que: "Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica [...] durante el tiempo adecuado a cada caso y, como

mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso".

Este precepto plantea algunas dudas en su aplicación práctica, como en el caso de la asistencia pediátrica, por ejemplo. Es de esperar que la normativa de desarrollo (no olvidemos que la norma que se viene comentando tiene rango legal) aclare estas cuestiones, si bien no se ha producido, habiendo transcurrido ya diez años de vigencia de la Ley. El hecho es que ningún centro sanitario destruye documentación clínica "caducada", por las eventuales necesidades que pudiera haber de ella, por lo que su actividad se limita a buscar almacenamientos físicos o informáticos suficientes.

Conviene precisar que custodiar la historia no es solamente conservarla al abrigo de entradas ajenas a su contenido, sino que conlleva obligaciones adicionales que hacen efectiva su utilidad y, en ese sentido, se pronuncia la Ley 41/2002, en su artículo 19:

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

Cuando el medio sanitario que atiende al paciente es de naturaleza privada, hay una variación importante y es que, debido a la naturaleza contractual de la relación, en determinadas condiciones, se pone la historia a su disposición, cosa que no ocurre en el Sistema Sanitario Público, que por definición es de duración indefinida en su asistencia a los ciudadanos. En cualquier caso la historia clínica es un documento que contiene información sensible del máximo nivel de protección y que la Ley exige mantener bajo régimen de confidencialidad absoluta, causando gran alarma social aquellas ocasiones en las que aparecen historias o documentos sanitarios u otros elementos relativos a pacientes abandonados fuera del centro sanitario.

A modo de conclusiones

- La historia clínica es el conjunto documental que recoge los datos de la atención sanitaria que el ciudadano ha recibido del Sistema Sanitario.
- Dicha información tiene la doble finalidad de servir de antecedente para futuras actuaciones sobre la persona a la que se refiere y de cumplir como referencia para evaluar la asistencia dispensada.
- La historia clínica, además de las funciones de índole asistencial antes referidas y de otras administrativas y procesales, cumple el papel de instrumento probatorio de primer orden en materia legal de una eventual exigencia de responsabilidad a la Administración Sanitaria.
- Es indiscutible, desde el punto de vista jurídico, el derecho de acceso de los ciudadanos a sus historias clínicas, sin perjuicio, naturalmente, de que se haga con sujeción a las normas aplicables y ello con independencia de a quien se atribuya la propiedad de la historia.
- El derecho del paciente a acceder a su historia clínica no es absoluto e incondicionado y tiene dos limitaciones básicas: las anotaciones referidas a terceros y las anotaciones subjetivas plasmadas por los profesionales que prestaron la asistencia.
- Los familiares del paciente solo pueden acceder a la historia de este con su autorización, si se trata de una persona capaz y consciente. El titular de la información y quien tiene la autorización de acceso es el propio paciente. En caso de pretender, sus familiares, el acceso sin dicho consentimiento, solamente puede hacerse por motivos de beneficio inaplazable en la salud de aquel.
- Pueden acceder a la historia de un paciente los profesionales sanitarios del centro en el que se encuentra, pero no todos, sino únicamente aquellos que estén implicados en su asistencia. Esto se conoce como principio de vinculación.
- El médico está obligado a informar, pero puede utilizar el no hacerlo cuando el contenido de la información entienda que puede perjudicar al paciente más que beneficiarle, como es el caso del diagnóstico y pronóstico fatal. Esta facultad del profesional se conoce como privilegio terapéutico.
- Aquellos terceros no vinculados al medio sanitario, como el empresario respecto de sus trabajadores o las compañías aseguradoras respecto de sus clientes, no pueden acceder a las historias clínicas de unos o de otros sin su autorización expresa.
- La Administración Sanitaria tiene la obligación de preservar la confidencialidad sobre la información contenida en la historia, a la par que la de mostrar aquella con sujeción a las condiciones normativamente establecidas.
- La Administración Sanitaria a veces no permite el acceso a la historia por el temor a que un instrumento tan poderoso sea utilizado contra ella. Esta motivación se asienta, aún hoy, ocasionalmente, en la tradición secular de ocultar información a los ciudadanos por los poderes públicos.
- El motivo, otras veces, de dicha ocultación, es un exceso de celo por parte del centro sanitario en la preservación de la confidencialidad.
- Ante una eventual negativa, que se entienda improcedente, el ciudadano cuenta, aparte de con la protección y asistencia de los organismos administrativos de reconocimiento de su derecho, con la tutela de la Agencia de Protección de Datos.

- Existe el deber de colaboración con la Justicia, pero en paralelo existe, además, la obligación de confidencialidad respecto de la información sanitaria que se posee de los pacientes. Esta coexistencia de bienes jurídicos protegidos obliga a determinadas cautelas ante una petición judicial de documentación clínica, en el sentido de procurar restringir la aportación documental solicitada al exclusivo objeto que necesita la Administración de Justicia, con la excepción del orden jurisdiccional penal, en el que la aportación ha de ser completa.
- El plazo general de conservación de la historia es de un mínimo de cinco años, contados desde la de alta de cada proceso, si bien es una pura mención legal, pues las historias habitualmente no se destruyen.

Bibliografía

- Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y médico-legal. Aragón Médico. Mar 1996.
- Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: mucho por hacer en el sistema público (I y II). Jano 1997; 52:1195-97.
- De Ángel Yagüez R. Problemas médico-legales de la historia clínica en el marco hospitalario. En: I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia. Murcia: Editorial Consejería de Sanidad y Consumo; 1987.
- Donaldson JH (citado por Gil C, 1996). La historia clínica puede ser el mejor aliado o el peor enemigo en juicio. Diario Médico. 24 oct 1996.
- Jerónimo Sánchez-Beato E, Martín Vida MA. Los derechos fundamentales en las relaciones sanitarias. Granada: Grupo Editorial Universitario Granada; 2002.
- López-Muñoz y Larraz G. Defensas en las negligencias médicas. Madrid: Dykinson; 1991.
- Luna Maldonado A. Problemas médico-legales de la historia clínica en el ejercicio libre de la medicina. En: I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia. Murcia: Editorial Consejería de Sanidad y Consumo; 1987.
- Marset Campos P. Los derechos de los enfermos. En: I Jornadas Nacionales sobre los Derechos de los Enfermos. Cátedra de Medicina Legal de Murcia. Murcia: Editorial Consejería de Sanidad y Consumo; 1987.
- Martínez Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. Derecho Médico. Tratado de Derecho Sanitario. Madrid: Colex; 2001.
- Sánchez Caro J, Sánchez Caro J. El Médico y la Intimidad. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- Siso Martín J. Las variables jurídicas del ejercicio de la Medicina. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2008.
- Siso Martín J. Responsabilidad Sanitaria y Legalidad en la Práctica Clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.

Cribado de patología cervical. Vacunación VPH

M^a del Puerto García Anaya

Especialista en Obstetricia y Ginecología.

E-mail: puerto1944@hotmail.com

Resumen

El cáncer cervical es el segundo en frecuencia entre la población femenina a nivel mundial. Su incidencia estimada ronda los 500.000 casos al año y el 79% sucede en países en vías de desarrollo, donde es el primer tumor en frecuencia con una mortalidad asociada de unos 233.000 casos. Los principales factores de riesgo relacionados con su aparición son: inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas, bajo nivel socioeconómico, infecciones (VPH y VHS), consumo de cigarrillos y uso de los ACO.

El Virus del Papiloma Humano (VPH), frecuente infección de transmisión sexual, se ha asociado a la aparición del cáncer cervical; de hecho, el 70% de los tumores cervicales están causados por VPH 16 y 18. Estos serotipos oncogénicos del VPH son necesarios para la aparición de lesiones precancerosas y la progresión tumoral a nivel cervical.

Hasta la actualidad, la mortalidad por esta enfermedad se ha reducido gracias a la implantación de programas de cribado, a los que ahora se suma el desarrollo de una vacuna contra el VPH en el campo de la prevención primaria.

Una buena organización e implementación de los programas de educación pública y cribado poblacional contribuyen de manera sustancial en la reducción tanto de la incidencia de enfermedad invasiva como de la mortalidad por cáncer cervical y es, en este contexto, donde se encuentra el terreno abonado para matronas y enfermeras como proveedoras en cuidados de salud en atención primaria.

Palabras clave: cáncer cervical; epidemiología (incidencia-mortalidad-supervivencia); prevención; detección precoz; educación pública; proveedores en cuidados de salud (matronas-enfermeras).

Abstract

Screening for cervix lesions. HPV immunization

Worldwide, cervical cancer is the second most common malignancy in females. Annual incidence is about 500,000 new cases, with 79% of them occurring in developing countries. Cervical cancer is the most common malignancy in developing countries, with an associated mortality close to 233,000 cases per year. Main risk factors for cervical cancer are: early sexual activity, multiple sexual partners, low socioeconomic status, infections (HPV and HSV), cigarette smoking, and use of ICs.

Human papillomavirus (HPV), a common sexually transmitted infection, is associated to cervical cancer; in fact, about 70% of cervical cancers are due to HPV 16 and 18. These are the oncogenic HPV serotypes, and their presence is necessary for pre-cancerous lesion development and tumor progression in the cervix region.

Until now, the reduction of cervical cancer mortality has been achieved by means of screening programs. Nowadays, primary prevention with the development of a vaccine against HPV has been added to preventive measures.

A good organization and implementation of public health education and population screening programs results in a substantially reduced incidence of invasive lesions and cervical cancer mortality. This is a suitable field for midwives and nurses to provide health care in primary care.

Key words: cervical cancer; epidemiology (incidence-mortality-survival); prevention; early detection; public health education; health care providers (midwives-nurses).

Epidemiología del cáncer cervical

A nivel mundial, se producen anualmente unos 500.000 nuevos casos de esta enfermedad, a la que se atribuyen cerca de 274.000 muertes cada año, lo que hace que el cáncer cérvico-uterino sea la segunda causa oncológica de muerte entre la población femenina (1). Afortunadamente, la incidencia de esta enfermedad ha disminuido en más del 50% en los últimos 30 años, gracias al empleo de la citología como método de cribado (2).

En EE. UU. la incidencia de cáncer cervical pasó de 14,8 casos por 100.000 mujeres en 1975 a 6,5 casos por 100.000 mujeres en el 2006 (3,4). Esta importante reducción se ha visto también en otras partes del mundo, gracias a los esfuerzos realizados en materia de cribado. Por desgracia, en los países en vías de desarrollo siguen siendo altas tanto la incidencia como la prevalencia de la enfermedad por falta de programas organizados de cribado, lo que hace que, a nivel mundial, el 80% de las muertes debidas a cáncer cervical suceda en estos países (1). En España, en el año 2002 la tasa de incidencia de cáncer de cuello de útero era de 7,6 por 100.000 (estandarizada a la población mundial) y la de mortalidad de 2,3, lo que la sitúa como uno de los países con menor incidencia de la Unión Europea, con una incidencia ligeramente superior a Finlandia y Malta y similar a la de Holanda y Grecia (5). A partir de la información de los registros de cáncer de España, se sabe que las tasas de incidencia ajustadas por edad, entre 1983 y 1987, oscilaban entre los 4,8 casos por 100.000 mujeres, en el registro de Zaragoza, y los 8,7 casos por 100.000, en el de Navarra.

En Europa, el tumor más frecuente entre la población femenina es el de mama, con una tasa de 74,2/100.000 mujeres/año, mientras que el cáncer de cérvix ocupa el sexto lugar, con una incidencia global en Europa de 10,4/100.000 mujeres/año (5).

Etiopatogenia y epidemiología del VPH

El virus atraviesa la barrera epitelial dañada e infecta a las células que se hallan en el estrato basal y que están en proceso de replicación, los queratinocitos. Así, a medida que las células van ascendiendo a la superficie, el virus asciende con ellas y disemina la infección. Esta es una infección llamada "productiva". El virus se replica solo durante la diferenciación, es decir, en la maduración de estas células, lo que permite que se pueda encontrar material viral en la mucosa. Los queratinocitos se desprenden de la superficie del estrato córneo y liberan material viral.

Hasta el momento se han descrito más de 100 tipos de VPH y, de ellos, más de 40 pueden afectar al área genital. Algunos de estos son considerados como de alto riesgo o de potencial oncogénico. Son los siguientes: HPV tipo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59. De todos ellos, es el VPH 16 el responsable de la mayoría de lesiones preinvasivas (CIN 3), junto con el 18, ambos causantes del 70% de todos los casos de cáncer cervical (8).

Los pertenecientes al segundo grupo son los causantes de las verrugas genitales: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 y 81. Sabemos que el VPH es un factor causal necesario para la aparición de lesiones cervicales que eventualmente pueden conducir al desarrollo de cáncer de cérvix, pero también sabemos que la mayoría de las mujeres infectadas por el VPH no desarrollan una displasia cervical. La presencia de VPH de alto riesgo se acompaña de anomalías citológicas aproximadamente en un tercio de los casos. La posibilidad de progresión de la enfermedad se relaciona con diversos factores, como la persistencia de la infección, el estado inmunológico, el hábito de fumar, el uso de anticonceptivos, etc. (9). Alrededor del 90% de las infecciones causadas por el VPH desaparecen en un periodo de tiempo, que puede durar hasta dos años, y otro dato importante es que prácticamente todas las lesiones precancerosas

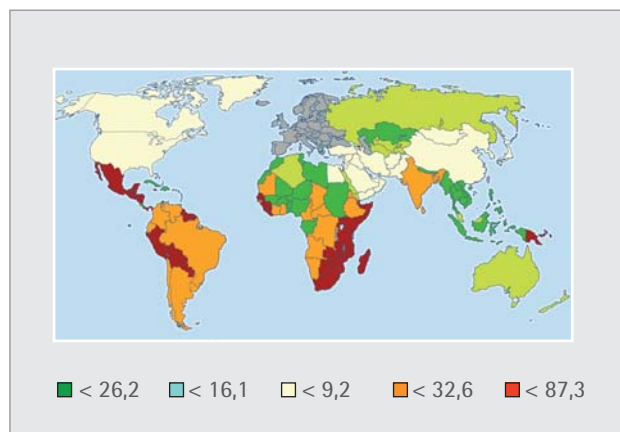


Imagen 1. Casos estimados de cáncer cervical (2008)

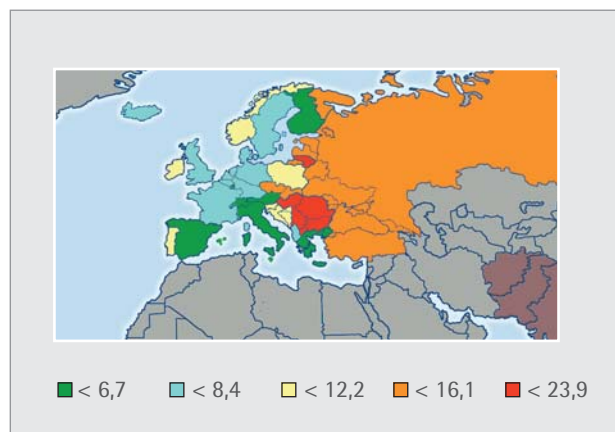


Imagen 2. Incidencia de cáncer cérvico-uterino en la población europea

y cancerosas se asocian a un estado de infección persistente por el virus (9).

Todos los subtipos de VPH contienen unos genes "precoces" o *early* (E) genes y otros "tardíos" o *late* (L) genes, que son esenciales para el proceso de integración y replicación viral. Los genes L codifican las proteínas de la cápside viral, mientras que los genes E son responsables de la replicación episomal. Las proteínas E promueven la activación de los mecanismos de replicación del ADN del huésped, que el virus utiliza en su propio provecho, con lo que consigue que la célula sea su "lugar de producción".

La integración de material viral en el genoma del huésped es el marcador de progresión maligna. La integración del ADN viral en el genoma de las células del epitelio cervical a nivel del gen E2 hace que este gen, represor de los oncogenes E6 y E7, deje de actuar y se produzca la sobreexpresión de proteínas E6 y E7 oncogénicas, que degradan así la función de las proteínas p53 y del retinoblastoma (pRb), que son capaces de regular el proceso reparativo del ciclo celular, lo que dirige la célula infectada o enferma a la muerte celular (9).

En los últimos años, y gracias a la evidencia científica acumulada, se ha pasado de considerar al cáncer de cuello una enfermedad misteriosa a una enfermedad "prevenible".

En el año 1981 se descubrió al agente causal del cáncer cervico-uterino, el virus del papiloma humano. En la actualidad, sabemos que alrededor del 99-100% de los casos de cáncer cervical se deben a la infección por VPH de alto riesgo. Este virus pertenece a una familia de ADN-virus de doble cadena circular que tiene predilección por la piel y las mucosas, incluyendo la de la región anogenital y la cavidad oral, y que se transmite fácilmente durante la actividad sexual o el contacto directo (6,7).

Cribado de lesiones cervicales

En España predominan los programas de cribado de cáncer de cérvix de tipo oportunista. Hay, sin embargo, algunas iniciativas para implantar un cribado poblacional (con citación directa) u organizado (sin citación directa, pero reforzando la información, evaluación e implicación de los profesionales sanitarios para captar a la población diana). Existen diferencias entre CC. AA. en cuanto a las recomendaciones de edad de inicio y periodicidad de la citología. Predominan los protocolos que incluyen a mujeres de entre 25 y 65 años con una periodicidad de entre 3 y 5 años.

No existe acuerdo entre las distintas sociedades médicas sobre la edad de inicio y fin de cribado, la periodicidad de la prueba y la realización simultánea o no de la prueba del VPH con la citología. Diferentes sociedades médicas (Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Espa-

ñola de Citología) recomiendan de forma consensuada realizar la primera citología a los tres años después del inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años. La frecuencia más recomendada para la repetición de la prueba es cada tres años, tras dos exámenes anuales con resultados normales (24).

La herramienta principal en el cribado de las lesiones cervicales en los últimos 60 años ha sido la realización de la prueba de Papanicolau o Pap Test, desarrollada por Georgios Papanicolau en 1940, basada en el estudio de las células recogidas de la zona de transformación cervical. La realización de la prueba consiste en recoger una muestra de la zona de transformación cervical, usando una espátula de Ayre o un cepillo, ahí donde confluyen ecto y endocervix, que es donde aparece con más probabilidad la lesión cervical.

Actualmente, existe una técnica, la citología en medio líquido, en la que la muestra recogida se suspende en un medio líquido para el estudio microscópico posterior. Tiene la ventaja, frente al método tradicional, de que se elimina la sangre y otros materiales que a veces pueden dificultar la interpretación de un Pap Test.

Cuando la citología muestra células anormales, está indicado hacer una colposcopia para que nos guíe hacia la zona en la que puede haber lesión y de la que se podrá obtener una muestra para análisis histológico.

La implementación del cribado de rutina aumentó la posibilidad de diagnosticar el cáncer y los cambios pretumorales del cérvix, lo que a su vez ha contribuido a disminuir el número de nuevos casos de cáncer y mortalidad asociada (11-17).

En la forma convencional, la muestra se pasa a un porta y se fija. Es importante tener presente que el Pap Test es un método de cribado y no constituye por sí mismo un diagnóstico. La sensibilidad y especificidad de la técnica varían mucho, por lo que el índice de falsos negativos en ocasiones puede ser hasta de un 50% (18,19). El test basado en la suspensión en medio líquido tiene la ventaja sobre la citología tradicional de disminuir los artefactos por defectos en la fijación y de presencia de otro material que enmascare los hallazgos a nivel celular. Pero diferentes estudios no muestran pruebas consistentes de que la citología en medio líquido mejore significativamente la sensibilidad o la especificidad (20-23).

Prevención del cáncer cervical

En EE. UU., la prevalencia global del virus ronda el 25% de mujeres entre 14 y 59 años, con un pico de máxima prevalencia (44,8%) en mujeres de edades comprendidas entre los 20-24 años. La prevalencia del virus fue del 24,5% en mujeres entre 14-19 años, 27,4% en el grupo de edad entre 25-29 años, 27,5% en mujeres de 30-39 años, 25,2% en

mujeres entre 40-49 años y del 19,6% en mujeres de 50-59 años. Se han definido como factores de riesgo para la detección del virus, la edad, el estatus marital y el número de parejas sexuales (7,9,10).

Hasta hace unos años no se disponía de información clara y exhaustiva sobre los factores de riesgo asociados al cáncer de cérvix, lo que hacía inviable la actuación en prevención primaria. Actualmente, está ampliamente demostrado que existe una relación causal entre la persistencia de una infección por el VPH y la aparición de cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras (6,25).

Sin embargo, otros factores endógenos y exógenos contribuyen para que se desarrolle el cáncer de cérvix, como: inicio precoz de relaciones sexuales, promiscuidad sexual, tabaquismo, nivel socioeconómico bajo, coinfecciones con otras infecciones de transmisión sexual, multiparidad, uso continuado de anticonceptivos orales o estados de inmunosupresión, aunque muchos de ellos también se asocian al riesgo de padecer una infección por VPH (26).

El VPH 16 se encuentra en más del 50% de los casos de cáncer de cérvix (27). La prevalencia de los distintos tipos de VPH en España se conoce muy poco, pero sí se sabe que está ligada a la edad: existe un primer pico en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales, que descende hasta un 2-8% a partir de los 40 años, lo que se interpreta como una medida indirecta del número de mujeres portadoras crónicas de la infección (28) y además apoya la hipótesis de que la infección por VPH precede varios años a la aparición de lesiones precancerosas y cáncer de cérvix (5).

El hecho de que se haya demostrado la relación causal entre la persistencia de una infección por VPH y la aparición de cáncer de cérvix ha conseguido que, en la actualidad, se esté barajando la aplicación de estrategias de prevención primaria. Su objetivo sería disminuir la prevalencia de las infecciones persistentes por VPH. Hasta el momento no existe un tratamiento eficaz para la infección por VPH, por lo que las estrategias se basan en evitar la exposición. Para ello, se recomienda el uso de estrategias de educación para la salud sobre prevención de las infecciones de transmisión sexual y la introducción de vacunas profilácticas.

Las vacunas

Existen dos tipos de vacunas profilácticas contra el VPH: vacunas bivalentes, que incluyen dos subtipos virales (16 y 18), y tetravalentes, que incluyen cuatro subtipos virales (16, 18, 6 y 11).

En España existe un calendario vacunal en el que se encuentra incluida la vacuna para el VPH, pero aun siendo así e incluso alcanzando un nivel de cobertura razonable, hay muchas razones para no interrumpir los programas de cri-

bado: las mujeres que no están en la edad diana de la vacuna no se benefician de la misma, la vacuna no protege frente a tipos de VPH que no están incluidos en ella y los tipos 16 y 18 únicamente aparecen en aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix. Además, no se conoce la protección a largo plazo de la vacuna. Sin embargo, con la introducción del programa de vacunación será necesario reevaluar las estrategias de cribado en cuanto a la edad de inicio, la prueba de cribado y su periodicidad (29,30).

Bibliografía

1. World Health Organization. Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines: Key points for policy-makers and health professionals. 31 Dec 2008.
2. Cervical Cytology Screening. ACOG Practice Bulletin. Dec 2009.
3. Ries LA, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb DG, Howlander N, Horner MJ, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2006. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2009.
4. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999-2007 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2010.
5. World Health Organization. GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information. 12 Ago 2012.
6. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J. Clin. Pathol.* 2002; 55(4):244-265.
7. Schiffman M, Wentzensen N. From human papillomavirus to cervical cancer. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116(1):177-185.
8. NIH Consensus Statement: Cervical Cancer. National Institutes of Health; 1996:1-38.
9. Schiffman M, Herrero R, Desalle R, Hildesheim A, Wacholder S, Rodriguez AC. The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. *Virology* 2005; 337(1):76-84.
10. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA-Cancer J. Clin.* 2012; 62(3):147-172.
11. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006; 24(Suppl 3):S42-S51.
12. Cannon JM, Blyth JG. Comparison of the Cytobrush plus plastic spatula with the Cervex Brush for obtaining endocervical cells. *Obstet. Gynecol.* 1993; 82:569-572.

13. Day SJ, O'Shaughnessy DL, O'Connor JC, Freund GG. Additional collection devices used in conjunction with the SurePath Liquid-Based Pap test broom device do not enhance diagnostic utility. *BMC Womens Health* 2004; 4.
14. Marchand L, Mundt M, Klein G, Agarwal SC. Optimal collection technique and devices for a quality pap smear. *WMJ* 2005; 104:51-55.
15. Neinstein LS, Church J, Akiyoshi T. Comparison of cytobrush with Cervex-Brush for endocervical cytologic sampling. *J. Adolesc. Health* 1992; 13:520-523.
16. Davis-Devine S, Day SJ, Anderson A, French A, Madison-Hennes D, Mohar N, et al. Collection of the BD SurePath Pap Test with a broom device plus endocervical brush improves disease detection when compared to the broom device alone or the spatula plus endocervical brush combination. *Cytojournal*. 2008; 12(6):4.
17. Selvaggi SM, Guidos BJ. Specimen adequacy and the ThinPrep Pap Test: the endocervical component. *Diagn. Cytopathol.* 2000; 23:23-26.
18. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann. Intern. Med.* 2000; 132(10):810-819.
19. Fahey MR, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am. J. Epidemiol.* 1995; 141:680-689.
20. Koliopoulos G, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Kyrgiou M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Diagnostic accuracy of human papillomavirus testing in primary cervical screening: A systematic review and meta-analysis of non-randomized studies. *Gynecol. Oncol.* 2007; 104:232-246.
21. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA-J. Am. Med. Assoc.* 2002; 287(16):2114-19.
22. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2007; 197(4):346-355.
23. Development of the 2006 Consensus Guidelines for the Management of Women with Abnormal Cervical Screening Tests and Cervical Intraepithelial Neoplasia or Adenocarcinoma in situ. [En línea] [fecha de acceso: 1 de septiembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.asccp.org>.
24. Castells X, Sala M, Asuncion N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 1 de 2006).
25. Bosch FX, Sanjosé S de. Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J. Natl. Cancer Inst.* 2003; 31:3-13.
26. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III; 2002.
27. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S de, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. International Agency for Research on Cancer Multi-center Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types associated with Cervical Cancer. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348:518-527.
28. Del Amo J, González C, Losana J. La infección por virus del papiloma humano (VHP) en poblaciones a alto riesgo de cáncer de cuello uterino en España. En: de San José S, García, editores. *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y prevención*. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 2006. p. 71-87.
29. Castellsagué X, Albero G, Martí D, Plà MJ, Fernández P, Bellovi C, et al. Prevención primaria: vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino. En: Sanjosé S de, García MA, editores. *Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y prevención*. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 2006. p. 107-130.
30. Wright TC, Bosch FX, Franco EL, Cuzick J, Schiller JT, Garnett GP, et al. HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer; conclusions from a 2006 workshop of international experts. *Vaccine* 2006; 24(Suppl 3):S251-S261.

ENTREVISTA a Sofía Gotor Colás

Supervisora de la Unidad de Paritorios y Urgencias
del Hospital Maternal Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Desde la redacción de nuestra revista queremos dedicar esta sección a Sofía Gotor Colás, matrona y supervisora de la Unidad de Partos del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, que en estos días ha visto aumentada su amplia carga de trabajo habitual con la realización del XVI Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas, del que es por segunda vez la Asociación Científica de Matronas de Aragón que ella preside desde 2008 la anfitriona de este evento.



Sofía Gotor Colás

Es aragonesa de pura cepa, por nacimiento y sentimiento. Su apellido, Gotor ('godo') –según se dice, probablemente

sea tan antiguo que date de la reconquista–, nos obliga a hacer una inmersión en sus orígenes, lo que nos lleva hasta su pueblo natal, sito en la comarca de Calatayud, Campillo de Aragón. Gracias a la perspectiva de futuro de su padre, hombre preclaro que no viendo futuro en un pueblo para las mujeres y confiando en su valía y en que la integración de las mujeres en la vida activa de la sociedad pasaba por la formación intelectual, se vio empujada a abandonar su lugar de origen y trasladarse al Puerto de Sagunto (Valencia) para cursar sus estudios de enfermera (1968-1971) y, posteriormente, los de matrona en el Hospital Clínico de Valencia.

Seguidamente, cursó la especialidad de Pediatría y Matrona en el mismo Hospital Clínico (1974-1975). En Valencia desempeñó los siguientes puestos de trabajo: enfermera en Neonatología en el Hospital Clínico de Valencia, en la entonces Ciudad Sanitaria La Fe, en UCI Neonatal y en el servicio de Radiodiagnóstico pediátrico. Una vez obtenida la plaza de matrona, se incorporó al montaje y apertura de la Residencia de Puerto de Sagunto; posteriormente, en 1983, obtuvo el traslado al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, donde continúa prestando sus servicios.

En la actualidad, es supervisora de la Unidad de Paritorios y Urgencias del Hospital Maternal Universitario Miguel Servet de Zaragoza (desde enero de 2007), responsable de residentes de matrona de Zaragoza desde el año 2003, en el que comenzó la apertura de la Unidad Docente de Aragón, y presidenta de la Asociación Científica de Matronas de Aragón (2008), asociación vinculada a la Asociación Española de Matronas desde su fundación en el año 2000.

Pregunta. ¿Cuál es su impresión acerca del Congreso?

Respuesta. Muy positiva, es una gran alegría en estos tiempos de crisis ver el interés y el esfuerzo realizado por tan-

tos profesionales de toda España en interés de aumentar sus conocimientos y compartir sus experiencias y los avances de la profesión.

P. Con ocasión del I Congreso de Matronas de Aragón (Congreso Nacional de Matronas), ¿también participó en su realización? ¿Qué puntos de coincidencia destacaría en estos dos congresos?

R. En ambos, la gran calidad de los trabajos y ponencias, la gran participación y la ilusión de las matronas porque nuestra profesión siga viva y pujante.

P. Los años que separan el I Congreso realizado en 2002 y este II del 2013, ¿han cambiado el perfil de los participantes?

R. Sí, debido a la incorporación de las residentes de matrona.

P. Describanos a grandes rasgos la atención obstétrica-ginecológica en Aragón y la que se presta en el Hospital Miguel Servet (configuración del servicio de obstetricia).

R. Aragón cuenta con 8 sectores sanitarios (2 en Huesca, 4 en Zaragoza y 2 en Teruel), con 13 hospitales de referencia (7 de ellos en Zaragoza capital, desde los que se articulan 3 de las 4 zonas sanitarias de la provincia de Zaragoza), 10 centros de especialidades y 124 centros de salud (32 de ellos en Zaragoza capital).

P. ¿Hay matronas en todos los centros de salud?

R. Sí, pero en algunos la matrona es compartida.

El Hospital Miguel Servet se inaugura en 1955 con el nombre de Residencia Sanitaria José Antonio. Popularmente fue ya entonces conocida como "la Casa Grande". En el año 1971 se realizó la primera ampliación con la construcción del edificio de Rehabilitación, Traumatología y Grandes Quemados al que, seguidamente, se añadiría el del Centro Materno-Infantil. En ese momento se alcanzaron las 1.400 camas, 42 de ellas en el Puerperio, en Fisiopatología fetal 30 y 32 en Ginecología. Entonces comenzaron a funcionar la mayoría de los servicios existentes hoy día. Cambió su denominación por la de Ciudad Sanitaria José Antonio, nombre que pervivió hasta el año 1984, en que se cambió de nuevo por el de Hospital Miguel Servet, en honor del célebre científico aragonés.

En el año 2012, el número de partos fue de 4.077 y el porcentaje de cesáreas del 14,77%.



Entrada al Hospital Miguel Servet

P. Describanos la plantilla que coordina y dirige.

R. La situación laboral actual es de:

- 41 matronas, de las cuales son fijas 36.
- La media de edad es de 49 años.
- Hay cinco promociones de una media de edad de 39 años.
- Existen cinco matronas por turno en dilatación y partos, que se distribuyen del siguiente modo: dos en la planta de Fisiopatología fetal, dos en la consulta de Fisiopatología fetal y Test basal y una por la mañana en puerperios.
- Hay 22 auxiliares de enfermería en partos, dos celadores por turno y cinco enfermeras por turno en URG.

La política de cobertura (vacaciones, bajas, permisos, etc.) se encuentra programada al 100%.

P. De la hemeroteca hemos rescatado una publicación del año 2006 de los Anales de la Escuela Universitaria de Zaragoza en la que se incluía un artículo publicado por usted y su hermana, también matrona, titulado "la matrona en la consulta de riesgo obstétrico", en el que daban a entender que esa apuesta estaba funcionando ya en su hospital. ¿Cuándo y cómo se instaura esta práctica en su hospital?

R. En el año 1985 ocupa este puesto una matrona a jornada completa, aunque ya anteriormente lo hacían las matronas del equipo tocológico a tiempo parcial.

P. ¿Cómo valoraría tras unos años de actividad de esta consulta los resultados?

R. Muy positivos y fructíferos. Si una gestante con un embarazo normal necesita una matrona a su lado, cuanto más una embarazada con problemas, que necesita más consejos y apoyo emocional.

P. Un tema que fue motivo de aplauso general para la gestión del equipo de obstetricia de la dirección del Hospital Miguel Servet y del Servicio Aragonés de Salud, cuya máxima representante, doña María Ángeles Alcutén, gerente del Servicio Aragonés de Salud, estuvo presente en la apertura del congreso, fue la mención a la reconversión de plazas ocupadas por enfermería de base a plazas ocupadas por matronas en áreas específicas dentro del hospital. ¿Cuáles son las áreas hospitalarias, fuera del servicio de partos, en las que las matronas desempeñan ya su función y las nuevas conseguidas?

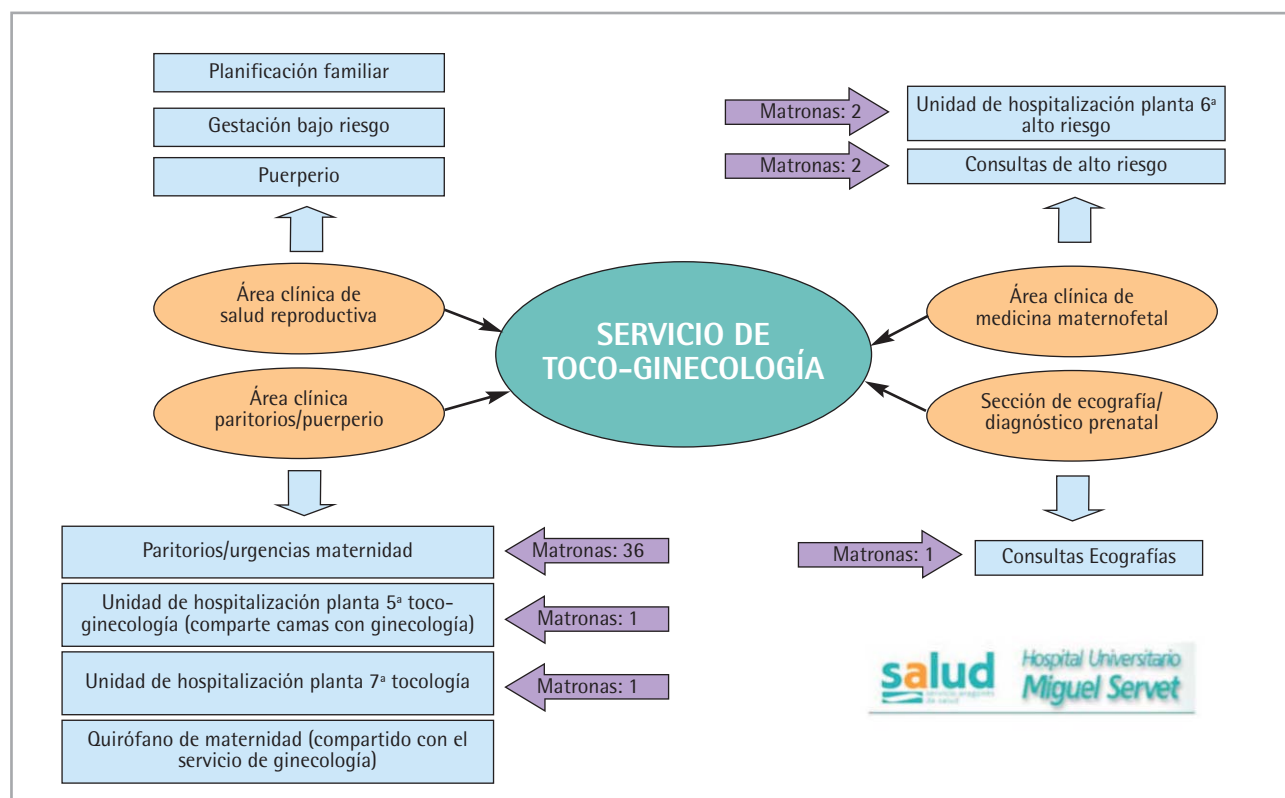
R. Fuera de partos ya las he enumerado. Nuestra demanda principal se centra en recuperar para las matronas las plazas de enfermería de las urgencias y completar la plantilla de la planta de Fisiopatología fetal, que ahora es compartida con enfermería sin especialidad. En un futuro nos gustaría que la presencia de las matronas estuviera en toda la maternidad.

P. La gerente del Servicio Aragonés de Salud, la señora Alcutén, dijo (en claro reconocimiento a la labor de las matronas) que estaba "convencida de que la profesión de matrona crece y se adapta a las exigencias y necesidades que se corresponden con los nuevos conceptos de salud para la sociedad actual y lo que es más importan-

te, para la ciudadanía". Y ciertamente es así, sin embargo y aunque la gestión de los recursos humanos (matronas) dentro del sector sanitario ha experimentando una notable mejora en eficiencia, eficacia y productividad, desde la perspectiva que le dan los años en el ejercicio de esta profesión ¿que reclamaría a la administración, por una parte, y a los profesionales, por otra, para que esto fuera total?

R. A la administración, la efectiva cobertura de todas las plazas relacionadas con la Obstetricia y Ginecología, para lo cual hemos sido formadas y tenemos las competencias y habilidades. A los profesionales, que lo sean, pues su gran responsabilidad es estar cerca y cuidando a las mujeres y la sociedad.

P. De entre los trabajos seleccionados para participar en el congreso, hubo uno titulado "Abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde el servicio de paritorio" que llamó poderosamente la atención del comité científico en relación con la idiosincrasia cultural y social de la población subsahariana y cómo esta motivó a las matronas a un nuevo lineamiento y plan de actuación en la asistencia a este colectivo específico, así como a la necesidad de interaccionar con otros organismos (Médicos del Mundo, mediadores interculturales, etc.)



Disposición del Servicio de Toco-ginecología del Hospital Miguel Servet

para lograr el objetivo de prevenir la práctica de la mutilación genital femenina en la población inmigrante de origen africano. ¿Qué puede decir de este proyecto?

R. Que fue y es ilusionante. Nos dimos cuenta del grave problema de estas mujeres y tratamos de evitar que esto mismo, la mutilación, les suceda a sus hijas. La matrona, por su cercanía durante el periodo de dilatación y parto, es el profesional que mejor y más cerca esta de la mujer. Se entabla una relación que permite el consejo y poner en contacto con otros profesionales que le harán un seguimiento.

P. Desde fuera, percibimos en la relación entre usted como supervisora, la dirección de enfermería y la Consejería de Salud que no solo reinaba una gran cordialidad, sino incluso un claro entendimiento, ¿es acertada nuestra impresión?

R. En este momento sí. Hemos trabajado mucho junto con la vocalía del Colegio de Enfermería y se han mantenido varias reuniones durante un largo tiempo con diferentes dirigentes del Salud (Sistema Aragonés de Salud) para llegar a este momento. Esperamos firmemente que cumplan sus promesas.

P. ¿Cuál o cuáles líneas de planificación tiene en mente para su servicio?

R. Seguir trabajando para que la calidad y la excelencia sean la motivación de todas las personas que integran este servicio.

P. Las escuelas de ATS de Zaragoza, junto las de Navarra y Madrid, fueron los primeros centros (1957) autorizados para impartir la especialidad de Matronas, con lo cual podemos hablar de la larga trayectoria de esta comunidad en la formación de matronas. ¿Desde cuándo el Hospital Miguel Servet es receptivo de futuros profesionales matronas? ¿Actualmente, cuántos EIR se forman en este hospital?

R. El Hospital Miguel Servet comenzó a formar EIR en el año 2003 con la primera promoción. Actualmente se forman 10 residentes, 5 de cada curso.

P. Existe una concienciación y aplicación generalizada entre la plantilla de matronas de la necesaria implicación en la docencia práctica.

R. Decididamente, sí. Es un hospital docente y a ello también colabora el tener que formar a las futuras matronas.

P. Desde su dilatada trayectoria profesional, un consejo para los futuros profesionales.

R. Seguir trabajando y esforzándose. Las cosas se ganan superando obstáculos.

P. Con motivo de este Congreso muchas matronas hemos conocido la publicación del libro *Obstetricia para Matronas*, con cuya primera edición avalada por la Asociación Española de Matronas han sido obsequiados todos los congresistas del recién celebrado Congreso Nacional de Matronas. ¿Por qué hacer este libro? ¿Qué ha supuesto para los autores?

R. Esta idea nació porque en nuestro servicio las residentes preparan en colaboración con un equipo de matronas las sesiones clínicas, en las cuales se hace en profundidad la revisión de un tema y luego se sacan unas conclusiones de actuación para todo el servicio. Y pensamos, ¿por qué no profundizar un poco más y ponerlo a disposición de otras compañeras? El preparar el Congreso Nacional fue también un estímulo para hacerlo en un tiempo breve.

Para los autores fue una gran satisfacción y un estímulo trabajar en grupos con la ilusión del reto que esto suponía. Contamos con la inestimable colaboración y ánimo de nuestro jefe de paritarios, un gran docente, el Dr. Sergio Castan.

P. Queremos cerrar esta entrevista con unas de sus palabras que todos los profesionales (matronas) debemos tener siempre presentes: "Pase lo que pase en la sociedad, la matrona, tiene que estar cerca de la mujer, conocerla en profundidad; por ser la matrona el profesional de referencia en la salud de la mujer, tenemos una labor importante de gran responsabilidad social".



Maternidad de Baltasar Lobo, escultura ubicada en el H. Materno-Infantil del Hospital Miguel Servet, en su 50.º aniversario

ENTREVISTA a tres matronas del Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Hospital Universitario La Paz



El Hospital Universitario La Paz (HULP) es un gran complejo hospitalario formado por diecisiete edificios y cuatro hospitales: general, maternal, infantil y traumatológico. El hospital maternal es considerado un centro de referencia sanitaria a nivel obstétrico y ginecológico tanto en la Comunidad de Madrid como a nivel nacional.

Atiende un gran volumen de partos; de hecho, en 2012 fueron atendidos un total de 6.242 partos, de los cuales 5.265

fueron gestaciones únicas a término, 749 partos pretérmino, 218 gemelares y 10 triples. Entre sus datos anecdóticos cuenta con ser el hospital que mayor volumen de partos ha atendido en Europa desde que abrió sus puertas en 1964.

Presenta una gran actividad asistencial, docente e investigadora, dado su carácter universitario y el desarrollo de diferentes programas formativos para los especialistas sanitarios que componen sus equipos.

Cada año se forman simultáneamente en los servicios obstétrico-ginecológicos de este hospital maternal 12 EIR de primer curso y 12 de segundo, además de los 6 MIR de cada año correspondiente a su especialidad en ginecología y obstetricia.

Las matronas estamos presentes en numerosos servicios, tales como las urgencias de maternidad, la unidad de parto, la unidad de dilatación y la planta de embarazo patológico.

Entrevista: matrona 1

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

Respuesta. El HULP espera conseguir la acreditación IHAN y desde hace una serie de años está llevando a cabo una serie de acciones encaminadas a adaptar las prácticas asistenciales a los estándares de calidad que promueve esta iniciativa. Actualmente, nos encontramos en la fase 1D o "fase de descubrimiento".

En el HULP existe un comité de lactancia formado por profesionales de atención especializada y también de primaria que está trabajando para conseguir mejores tasas de lactancia materna en el hospital y su continuación tras el alta. Desde el comité se intenta detectar qué prácticas funcionan y cuáles son mejorables.

Como ejemplo de prácticas que llevamos a cabo en el hospital encaminadas a fomentar la lactancia materna, se encuentra el cumplimiento del protocolo de contacto piel con piel en paritorio, cuya realización queda actualmente registrada en el partograma.



De izquierda a derecha: Sara Sánchez, Yolanda Sánchez

Otro ejemplo es la no separación de madre y recién nacido en los partos vaginales, salvo que surjan complicaciones que dificulten o impidan llevarlo a cabo. Incluso la primera valoración por parte de la enfermera de neonatología se realiza en el vientre de la madre la mayoría de las veces.

Asimismo, se intenta limitar la administración de suplementos en las plantas de puerperio por "razones médicas aceptables para la administración de sucedáneos", y poco a poco se está optando por el uso de jeringuillas cuando hay que administrarlos en sustitución así de las tetinas.

Además, en el hospital hay un plan de formación para profesionales que da a conocer la política de lactancia, así como charlas para las gestantes ingresadas en la planta de alto riesgo que no pueden acudir a las clases de educación maternal del centro de salud. Asimismo, se difunde material educativo para las madres en relación a la lactancia, así como información sobre los grupos de apoyo en el postparto y accesibilidad a la matrona del centro de salud tras el alta hospitalaria (horarios, direcciones, etc.).

Evidentemente, queda mucho camino por delante (realizar piel con piel madre-recién nacido en caso de cesárea, disminuir la suplementación, etc.), pero poco a poco estamos intentando mejorar nuestras prácticas asistenciales en relación con este tema.

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. En nuestra práctica diaria se han ido introduciendo modificaciones con el fin de mejorar la calidad de la atención a las mujeres y sus parejas durante el proceso del parto. Si bien es cierto que en el pasado determinadas prácticas se realizaban de manera rutinaria (enema, rasurado...), hoy en día son consensuadas entre la mujer y la matrona que la atiende.

Se ha logrado una atención más cercana y cálida con la mujer y se le ha dado mayor protagonismo y autonomía durante el proceso de parto para que la experiencia sea lo más satisfactoria posible. Para ello, se ha aumentado el poder de decisión de la mujer sobre varios aspectos, que consideramos que favorecen la comunicación y confianza con el equipo asistencial y promueven una mayor satisfacción. El poder decidir si quieren deambular durante el proceso de dilatación gracias a los sistemas de monitorización con telemetría, la utilización de pelota, la elección o no de analgesia epidural, la posibilidad de adoptar otras posiciones diferentes a la de litotomía durante el periodo expulsivo, etc., son ejemplos de pequeños cambios con grandes resultados que se han ido introduciendo de manera paulatina en nuestra práctica diaria.



De izquierda a derecha: María Tránsito, Rosario de Antonio, Jezabel Herrera

Contamos con dos protocolos de atención al parto:

- A) Si es un parto intervenido, en el sentido de que haya que utilizar medicación como oxitocina, analgesia epidural, etc. monitorización constante del feto y dinámica uterina;
- B) En el caso de que la mujer no desee ningún tipo de intervención complementaria que no sea la valoración perió-

dica de su proceso normal de parto, que se intenta respetar al máximo siempre dentro de las posibilidades que nos va marcando el propio desarrollo de los acontecimientos.

La realización del piel con piel y la no separación de la madre y el recién nacido considero que ha sido un cambio fundamental, algo que hasta hace unos años parecía impensable y que se ha introducido en nuestra práctica de manera natural y sencilla, ya que además de aumentar la tranquilidad parental y favorecer el vínculo afectivo proporciona beneficios tan importantes como la promoción del inicio de la lactancia materna.

Somos conscientes de que hay que seguir mejorando y trabajamos para poder realizar nuevos cambios y mejoras en nuestra práctica profesional que ayuden a que el proceso de parto hospitalario sea más humano y profesional.

Entrevista: matrona 2

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

R. En datos generales, la media de edad de las mujeres atendidas es bastante alta; así, en el último trimestre la media se sitúa en 34,6 años. Hay que tener en cuenta que este dato no se refiere a la edad del primer parto de la mujer, sino a la edad promedio de todos los partos atendidos.

Tenemos dos perfiles claramente definidos de mujeres que acuden para ser atendidas en el HULP: las mujeres españolas y las mujeres extranjeras. Las mujeres españolas elevan la media de edad en el momento de tener su primer hijo, que se sitúa en torno a 32,1 años, mientras que las extranjeras se sitúan en los 29 años de media.

En cuanto a las mujeres extranjeras, por orden de procedencia, atendemos sobre todo a mujeres de países del Este (especialmente, Rumanía y Bulgaria), sudamericanas, árabes y últimamente estamos percibiendo un ascenso notable de mujeres asiáticas.

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

R. La teoría dice que las matronas somos completamente autónomas en la atención del proceso de parto normal, en la práctica, tenemos la sensación de que esto no es completamente cierto. En este hospital, en concreto, se dan varios factores que hacen que la autonomía de la matrona se vea comprometida en determinadas ocasiones; dado que es un hospital universitario con un alto número de residentes, a veces se dan situaciones en las que nos da la sensación de que prima la docencia y formación antes que la autonomía

propia de la matrona. Además, la delgada línea que separa el parto normal del parto distócico, en ocasiones, no es claramente delimitable y puede provocar situaciones de conflicto.



De izquierda a derecha: Esther Moreno, Rosario Rincón

Es cierto que, si el parto transcurre de forma normal y no hay complicaciones, somos las matronas las que nos encargamos de la mujer desde que ingresa por urgencias (de hecho, somos nosotras las que generamos la orden de ingreso), durante su estancia en la dilatación a lo largo de todo el proceso de parto, así como en el puerperio inmediato, tras el cual se realiza el alta a planta de puerperio. Pero creo que las matronas debemos seguir luchando por recuperar la autonomía perdida, es un deber pendiente que tenemos que considerar como una prioridad, para hacer que nuestro trabajo sea reconocido como una profesión de calidad y aumentar en nivel de satisfacción de quienes lo realizamos.

Entrevista: matrona 3

P. ¿Cómo ves la formación de las matronas? ¿Qué cambios propondrías para mejorarla?

R. En cuanto a la formación de matronas, cabe destacar el alto número de EIR que se forman cada año en este hospital, simultáneamente coexisten 12 residentes de primer curso y 12 de segundo, que van rotando por los diferentes servicios hospitalarios obstétrico-ginecológicos, así como en los centros de atención primaria vinculados a dicho hospital. Este hospital cuenta con un gran número de servicios que tocan todos los ámbitos tanto de la obstetricia como de la ginecología, por lo que la formación teórica que se da en la unidad docente se ve ampliamente complementada con las diversas rotaciones.

Es cierto que, con la apertura de los nuevos hospitales de la red sanitaria de Madrid, el número de partos atendidos en el HULP se ha visto reducido y esto ocasiona situaciones más o menos conflictivas, sobre todo en el servicio de paritorio entre los EIR y los MIR, ya que para cumplir los objetivos de la residencia han de atender un número de partos en cada curso, que si bien, en general, no son una cifra difícil de alcanzar, en determinados momentos, puede ser más problemática cuando hay un descenso puntual más acrecentado o se da un mayor número de partos instrumentales. Creo que esta situación es algo frecuente en todos aquellos hospitales y servicios en los que coinciden ambos residentes y para solucionarlo debería bastar con el diálogo entre ambos equipos de profesionales, sin que haya mayores consecuencias.

Algunas de las soluciones que se podrían barajar serían la correcta adecuación de las rotaciones en cuanto al número de residentes para no sobrecargar los servicios, así como equiparar el horario de los EIR al de las matronas, dado que en este hospital no hacen turnos de doce horas, sino de mañana y tarde, más las guardias continuadas, y de noche, solo en fin de semana. Y si en un futuro el número de partos sigue disminuyendo y se complica más la situación, incluso se debería valorar la reducción del número de residentes para garantizar la calidad de la formación.

P. La profesión de matrona es mucho más que la realización cualificada de un trabajo. ¿En qué actividades crees que deberían estar implicadas la mayoría de las matronas?

R. Las matronas somos conscientes de que tenemos que comprometernos con el desarrollo de esta profesión y estar presentes en todas las etapas de la vida de la mujer. Creo que las matronas deberíamos estar más presentes en determinados ámbitos de la ginecología, ya que por tradición siempre hemos estado mucho más cercanas a la obstetricia, y ahora que corren malos tiempos y que la contratación se está viendo tan reducida sería el momento de asumir nuevas competencias y ampliar nuestras miras.

Otro punto importante sería conseguir la continuidad de los cuidados de la matrona durante todo el puerperio, tanto hospitalario, mediante plantas de puerperio gestionadas y llevadas por matronas, como domiciliario, mediante un plan de visitas secuenciales al domicilio y centro de salud. En relación con esto último, nos parece especialmente importante la figura de la matrona de cara al apoyo en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna durante el ingreso íntegro de la mujer, dado que una vez que la mujer pasa a la planta de puerperio dejamos de asistirle las matronas y se encarga enfermería. Creemos que nosotras somos el personal más cualificado para dicha atención al estar formadas específicamente para ello.



enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO
PORTAL

Portal líder en información para estudiantes,
profesionales de enfermería y matronas



Biblioteca Digital Textos y documentos **encuentra@**
Test de enfermería **aulaeir** Pack de revistas
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda on line
auladae Información de estudiantes **aulaope**
Diario Dicen Ofertas de empleo Congresos



www.enfermeria21.com

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

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

Machado immortalizó la metáfora de la vida como camino en aquellos versos "caminante no hay camino, se hace camino al andar", cita que ha marcado a generaciones y que bien describiría la actividad de la AEM hasta este año 2103 en que cumple 35 años como asociación científica profesional y ha puesto en escena su XVI Congreso Nacional.

Sin duda, esta Asociación que nació para defender a las mujeres y las matronas ha actuado como un viajero de la vida buscando el destino para esta profesión, convencida de que nada estaba irreversiblemente determinado y que cabía no solo la posibilidad, sino la obligación de buscar la mejor salida para una profesión que merece seguir siendo considerada y, en parte, admirada profesional y socialmente por las generaciones actuales y venideras. Con idea de futuro, pero afianzándolo desde el presente, y como si de la historia de un collar se tratara, con la XVI edición de su congreso ha ensartado una cuenta más a este conjunto y, así, sin perder el hilo de su historia, muestra una trayectoria de trabajo serio y fructífero por y para las matronas, por y para las mujeres.

En esta ocasión, esta actividad ha sido compartida con la Asociación Científica de Matronas de Aragón, que nació al amparo de la AEM y continúa su vinculación con ella, desde el convencimiento de la fortaleza, capacidad de actuación y representación, sin relación alguna con intereses que no sean los propios de la profesión y de la salud de las mujeres por par-

te de la AEM. Con la elección por parte de la Asociación Española de Matronas del proyecto de la Asociación Científica de Matronas de Aragón, esta vio cumplido su deseo de celebrar en su tierra una nueva edición del Congreso Nacional de Matronas una década después, tras el éxito cosechado en la anterior edición en el año 2002, ahora desde la perspectiva de una asociación crecida y consolidada por el tiempo y el trabajo realizado desde su fundación en el año 2000.

ACTO INAUGURAL

No cabía mejor marco para un congreso de matronas que este edificio singular, el edificio Bantierra, cuyas salas ofrecen un gran interés artístico, con una variedad de estilos y riqueza artística que lo elevan a la consideración de mejor exponente del modernismo zaragozano de principios del siglo XX; un edificio lleno de historia y en el que aún parece que perdura el eco de estimables presencias, desde científicos como Albert Einstein, pasando por intelectuales de la talla de Echegaray, los hermanos Álvarez Quintero, Margarita Xirgú o Ramón J. Sender, entre otros, hasta los mas importantes agentes sociales y económicos de Aragón durante decenios. En el incomparable marco del salón de actos de este emblemático edificio se desarrolló este congreso, que se inició con el acto inaugural, un acto emotivo y entrañable que, además de la presencia obligada de la presidenta de la Asociación Cientí-

Agenda – Reportaje especial

fica de Matronas de Aragón, Dña. Sofía Gotor Colás, en calidad de anfitriona, y de la presidenta de la AEM, Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, en calidad de representante de la entidad organizadora, contó con la presencia y el apoyo del Colegio de Enfermería de Zaragoza, de la Dirección de Enfermería del Hospital Miguel Servet y de Dña. María Ángeles Alcutén, directora gerente del Servicio Aragonés de Salud, quien tuvo elogiosas palabras para la labor de las matronas y quien, en justo reconocimiento y como parte de su gestión, está apoyando e impulsando la implantación de matronas fuera del paritorio en otras áreas obstétricas y ginecológicas, actuación especialmente aplaudida por los presentes, en general, y por las matronas de Aragón, en particular.



Mesa inaugural

En este acto tuvo lugar la presentación de la Revista Matronas Hoy de la Asociación Española de Matronas, que reinicia su andadura (1983-2002) en su tercera etapa para ampliar la oferta de revistas especializadas de y para matronas; revista que está, por ello, abierta a la participación de todos los profesionales que presenten sus artículos de investigación.



Portada de la Revista Matronas Hoy nº 1 (3ª etapa)

Haciendo gala de la tradición, la cultura y el arraigo de esta tierra, un grupo folklórico de la ciudad dio la bienvenida a los congresistas con una muestra de su folklore. Como anécdota, que sin duda conmovió a todos los presentes, cabe destacar el emotivo arranque de unos de los componentes de este grupo que, aprovechando la posibilidad de que las matronas que atendieron el parto de sus hijos estuvieran presentes entre el aforo, les rindió un homenaje de reconocimiento público y, por ende, al resto de la profesión, con unas sentidas palabras de agradecimiento por su ayuda en estos nacimientos.



Actuación del grupo folklórico de Roberto Ciria

DESFILE DE BANDERAS

La Asociación Española de Matronas, primera asociación de matronas de este país, se creó en pleno proceso democrático (1978), a la par de la promulgación de nuestra Carta Magna en la que se destacaban dos principios fuertemente ligados entre sí: la unidad de la nación española y la posibilidad de que las diferentes regiones, distintas por sus peculiaridades de todo tipo (lingüísticas, culturales, geográficas o históricas), pudieran ser autónomas, como parte fundamental del Estado democrático español. Precisamente, esa realidad que se consiguió unos años después estuvo desde siempre presente en el espíritu de esta Asociación que ha promovido y ayudado a formarse a un buen número de asociaciones de matronas autonómicas, sin pretender en ningún momento homogeneizarlas a costa de anular su pluralidad y su actividad a nivel autonómico, sino conjuntar el esfuerzo de todas ellas para tener un mayor peso representativo y de acción. Por ello, y como una prueba más del sentimiento de unidad entre las matronas, la AEM ha hecho precep-

Agenda – Reportaje especial

tivo en nuestros congresos incluir en el acto de inauguración un desfile con las banderas de todas las autonomías españolas. En torno a la bandera de España, símbolo de la nación, se agrupan las banderas de todas las comunidades autónomas que representan no solo la procedencia de cada una de las matronas, sino la idiosincrasia propia de la región de origen, pero todas en perfecta sintonía, todas juntas unidas por un sentimiento común de confraternidad y trabajo en conjunto para la sociedad y la propia profesión.

Han sido muchas y variadas las personas que han realizado este desfile en cada uno de los congresos de la AEM y, en esta ocasión, fue especialmente grato tener por abanderadas a EIR asistentes al congreso, relevo generacional y savia nueva de la profesión, que desfilaron bajo los acordes del pasodoble dedicado a la ciudad de Zaragoza del maestro Ramón Roig.



Desfile de banderas

OBJETIVOS DEL CONGRESO

Tan numerosos como invariables en el tiempo son los objetivos generales que año tras año marcan el diseño de este encuentro científico nacional:

1º. Congregar un foro de encuentro científico y social entre las matronas que impulse la actualización del marco teórico y práctico de las funciones propias de la profesión, en el que se facilite, a través del encuentro y la comunicación, la reflexión sobre los cambios sociales que implican nuevas demandas en el trabajo de las matronas.

2º. Mantener la profesión viva y pujante analizando "desde dentro" sus líneas de evolución, para lo que la AEM, ajustándose al compromiso ético de promover la formación a través de sus congresos, al que se sumó la Asociación Científica de Matronas de Aragón, diseñaron un evento en el que se conjugara la puesta en común de alternativas terapéuticas, avances científicos relacionados, intercambio de ideas y difusión de investigaciones y prácticas asistenciales que mejoren la calidad de los servicios de las matronas de cara a la atención de las mujeres.

3º. Rentabilidad tangible, de cara a su carrera profesional, para las congresistas, al seguir contando con el reconocimiento de la Comisión Nacional de Acreditación de las Profesiones Sanitarias con la puntuación en créditos más alta de todos los congresos en España (4,1), lo que revalida el valor de la formación continuada ofrecida a la vez que avala un evento de una calidad científica destacable.

TEMÁTICA

La variedad y cantidad de temas elegidos para este programa ha sido una selección de acuerdo con los criterios de calidad, innovación y aplicabilidad en el trabajo de las matronas, con la idea de que dieran cumplida respuesta a las expectativas de los congresistas. Fueron dispuestos en cinco mesas principales, entre las que se intercalaron diferentes sesiones de comunicaciones orales, a fin de promocionar y publicitar el trabajo de investigación entre las matronas, y dos talleres presenciales: "Biomecánica en el parto y entrenamiento sinérgico puerperal" y "Voz y sonido para un embarazo y parto saludables", impartidos respectivamente por la matrona y fisioterapeuta Dña. Mª Susana Lafuente Pardas y la pedagoga musical Dña. Laura Lisi.

El desarrollo del congreso arrancó con la esperada intervención del profesor Arsuaga en la conferencia inaugural, uno de los platos fuertes de esta XVI edición; sin duda, contar con un profesional de su talla científica, con una vasta cultura y una elevada calidad humana, cuya presencia se disputan los foros científicos de mayor renombre, fue un gran honor e igualmente honró a la profesión con la aceptación por su parte del nombramiento de Matrona Honorífica de la AEM, distinción que, como corresponde con una persona agradecida, prometió ostentar con orgullo y hacer gala de ella.

Agenda – Reportaje especial



Entrega del Diploma de Matrona Honorífica



Entrega de la escultura emblema de la AEM obra de José Luis Fernández



Entrega del Estetoscopio Dorado al profesor Arsuaga

Su ponencia titulada "Aspectos antropológicos de la mecánica del parto" versó sobre la evolución de la pelvis, parte importante del trabajo que ha venido desarrollando el científico a lo largo de más de tres décadas de carrera profesional y que, concretamente, ha sido base de su tesis doctoral. En su intervención explicó pormenorizadamente cómo la evolución humana ha cambiado los patrones anatómicos de la mujer con el resultado de un parto más difícil y doloroso en nuestra especie, en otras palabras, el precio que hemos tenido que pagar la humanidad actual por poseer la prodigiosa biomecánica de la marcha bípeda que nos caracteriza a los humanos *Homo sapiens*. Su exposición, extensamente desarrollada en su último libro *El primer viaje de nuestra vida*, incluyó además pinceladas de diversos temas en torno al parto, como las fiebres puerperales, entre otros, lo que demuestra que además posee una gran erudición en distintos temas próximos a la paleoantropología y, sin duda, captó el interés del aforo.

Es prácticamente imposible resumir la amplia gama y variedad de temas expuestos de los que damos cumplida cuenta en el dossier del congreso, dispuesto en las páginas webs de ambas asociaciones, aunque haremos mención a algunas de las que han sido más valoradas por el público en general, empezando por la titulada "Epigenética y nutrición perinatal", de Paúl Cordero Sánchez, doctor en Farmacia, tema especialmente actual y trascendente que augura increíbles avances terapéuticos y un gran impacto desde el mismo inicio de la vida humana y, por tanto, de importancia capital para la intervención de la matrona a través del control del embarazo.

A diferencia de la genética clásica, en que la mutación se produce dentro del ADN y, por tanto, no se puede modificar, la alteración epigenética es un cambio que se produce fuera del ADN, es un cambio hereditario, transmisible de célula a célula y, en consecuencia, puede ser reversible. Así, la nutrición, principal factor ambiental intrauterino que altera la expresión del genoma fetal, puede tener consecuencias de por vida, lo que da origen a la teoría del origen fetal de la enfermedad del adulto. Los cambios metabólicos y un efecto transgeneracional de la malnutrición intrauterina han sido apoyados por los datos aportados de estudios realizados con animales y, por tanto, el ponente concluía que la nutrición perinatal afecta a la descendencia tanto en su desarrollo inicial como en su vida adulta.

Agenda – Reportaje especial



Intervención de D. Paúl Cordero Sánchez

La participación de las matronas fue muy destacada en este congreso. Una de las ponencias más aplaudida fue la titulada "Influencia de la imagen corporal en el deseo sexual de las mujeres de la zona básica de salud de Jaca con perspectiva de género", de la matrona Cristina Zubiri Ramírez, Máster en Sexología, que planteó un tema novedoso en su género y de importancia para las mujeres en general. La autora, que parte del mensaje de que la publicidad influye en el modelo de sexualidad y canalizando la observancia de las mujeres en la consulta de atención primaria que reflejan en muchas ocasiones una preocupación por el cambio de la imagen corporal a diferentes edades, concluyó lo siguiente: "la percepción de la imagen corporal de las mujeres influye en el deseo sexual de forma similar al tiempo libre y en menor medida que el amor. El rango de edad que va entre los 18 y los 35 años es el momento en que las mujeres se sienten más deseables y deseadas, aunque dan mayor importancia al amor que al aspecto físico. Por otra parte, las mujeres de mayor edad y las que viven en pareja atribuyen más importancia a la influencia del trabajo en el deseo que a la imagen corporal". Y como corolario a su estudio, reporta la cifra del 88% de las mujeres que ven como importante o importantísimo el amor en el deseo sexual, así como que para mejorar el deseo sexual de las mujeres un 41% ve una solución en trabajar menos y disponer de más tiempo libre.



Intervención de Dña. Cristina Zubiri Ramírez

Otra intervención que fue seguida con mucho interés fue la de M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM y Máster en Marketing, titulada "La Marca Matronas en tiempo de crisis", puesto que una de las grandes preocupaciones, en general, de los titulados universitarios que se enfrentan en el momento actual al mundo laboral es su difícil inserción en él. Esta incorporación a la esfera laboral en el caso de las matronas arrastra la herencia negativa de los años de cierre de la formación, con la consiguiente carencia de profesionales para desempeñar los puestos propios y, por ello, transferidos a la enfermería. El resultado de esta carestía de trabajo que las matronas no habían sufrido como colectivo hasta hace apenas tres años plantea numerosos interrogantes y reivindicaciones de competencias, por otra parte, lícitas, aunque el camino para recuperar este campo profesional perdido, a juicio de la ponente, no es el de la demagogia o la imposición de la supuesta fuerza que supone estar en posesión de una titulación específica con competencias reconocidas por las directivas europeas y trasplantadas al ordenamiento jurídico español. Desde el punto de vista del Marketing, disciplina que la ponente introdujo en la esfera de la profesión hace más de 20 años, hizo un profundo análisis de la profesión con base en la mercadotecnia y presentó una serie de propuestas de estrategias para la inclusión de las matronas en el mercado laboral, de acuerdo con las competencias de la profesión, como clave para la empleabilidad, que previamente ya se han remitido al Ministerio de Sanidad en un intento de que las administraciones sanitarias apoyen una mejor gestión

Agenda – Reportaje especial

de los recursos humanos, en este caso, del colectivo de matronas, cuyo resultado sería un costo eficiente del servicio de salud en la atención materno-infantil en España.



Intervención de Dña. Ruth Berges Pérez

En este sentido, la ponencia de la matrona Ruth Berges Pérez, "El trabajo de la matrona en la planta de medicina materno-fetal", mostró a los asistentes la realidad de que, aun con dificultades y lentamente, hay gerencias de salud y hospitales, concretamente, la gerencia de Salud de Aragón y el Hospital Miguel Servet en que la conferenciante presta sus servicios, que ya han iniciado la reconversión de plazas que tradicionalmente desempeñaban la enfermería generalista por asistencia de matronas, profesionales especialmente formadas para ofrecer todos los cuidados a la mujer en las áreas ginecológicas y obstétricas, de las que la asistencia al parto es solo una de las actividades y no la única que se lleva a cabo por las matronas de atención especializada. Una directriz que, reconocida y recomendada por la administración sanitaria de acuerdo con la calidad y seguridad en la asistencia a las mujeres que pueden ofrecer las matronas como profesionales más idóneas para esta tarea, pocas veces la propia administración sanitaria cumple en toda su extensión. Concluye la ponente recordando la obligación de las matronas de aspirar a su inclusión en todas estas áreas a través de la demostración continua de su capacitación en el desempeño de su profesión, perfectamente ajustada al compromiso profesional que cada matrona adquiere al elegir esta profesión.



Intervención de Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

En otro orden de temas, Maribel Castelló López, matrona, psicóloga y Máster en Sexualidad y en Ética enfermera, bajo el título de "La Deontología de la profesión, reflexión desde el reconocimiento", presentó un proyecto de investigación basado en la hipótesis de que las matronas españolas tienen poca formación en ética y bioética y desconocen su propio código deontológico, independientemente de cuál haya sido su modelo de escuela de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. De los resultados obtenidos en una prueba piloto realizada, se destaca el poco nivel de conocimientos y, por ende, la necesidad de formación en aspectos éticos, bioéticos y deontológicos de nuestra especialidad, así como en temas legislativos que dan marco jurídico en la atención y asistencia en el proceso de nacimiento. Como respuesta a la hipótesis planteada, confirmada por la prueba piloto, fue la portadora del anuncio de la creación de una Comisión de Ética y Deontología dentro de la Asociación Española de Matronas, abierta a todos los profesionales que quieran participar en ella, futuro órgano asesor y consultivo para cuestiones relacionadas y como complemento necesario al ya publicado y difundido Código Deontológico de las matronas españolas por parte de esta Asociación, que establece las normas de la ética y la deontología en el ejercicio de la profesión de matronas.

Agenda – Reportaje especial



Intervención de Dña. Mª Isabel Castelló López

Este congreso fue también el marco para la presentación del libro *Obstetricia para matronas*, realizado por un equipo de profesionales matronas de Aragón y avalado por la Asociación Española de Matronas, que es una nueva herramienta adaptada a las necesidades de formación y aplicabilidad en el ejercicio asistencial de las matronas y de cuya primera edición la Asociación Española de Matronas regaló un ejemplar a cada uno de los congresistas.

PREMIOS

Todos los trabajos seleccionados previamente para su presentación durante el congreso en formato comunicación oral y formato póster fueron revaluados por los miembros del Comité Científico para otorgar los premios a los mejores, que fueron entregados en el acto de clausura del XVI Congreso Nacional de Matronas:

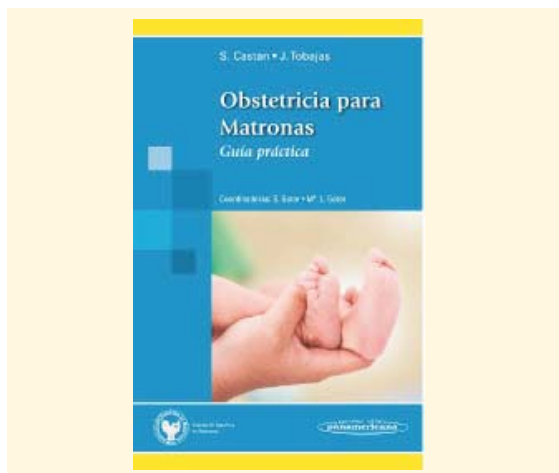
1º Premio. Comunicación oral (patrocinado por la Asociación Española de Matronas): "*Súrgere* (1959-1973): la voz de las matronas en el franquismo"

Autoras: Mª Elena Cabeza Guillén y Consuelo Miqueo Miqueo

2º Premio. Comunicación oral (patrocinado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Zaragoza): "El cerebro femenino en el posparto. ¿Qué pasa con la sexualidad?"

Autora: Celia Navarro Gil

1º Premio. Comunicación Póster (patrocinado por la Asociación Española de Matronas): "Asistencia en macrosomas en 2012"



Portada del libro *Obstetricia para matronas*



Panorámica de la sala

Agenda – Reportaje especial



1^{er} Premio Comunicación Oral (Elena Cabeza Guillén recoge el premio de manos de la presidenta de la AEM)



2^o Premio Comunicación Póster (recogen el premio de manos de la presidenta del congreso)



2^o Premio Comunicación Oral (Celia Navarro Gil recoge el premio de manos de la presidenta del congreso)



Premiados por las mejores comunicaciones orales y en formato póster, junto a la presidenta del congreso, Dña. Sofía Gotor Colás, y a Dña. M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la AEM y directora de este congreso

Autoras: Leire Diener Rico, Jacqueline Cevallos Correa, Pilar Ponce Molina, Eva Jové Ortega y Elena Reus Calvo

2^o Premio. Comunicación Póster (patrocinado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Zaragoza): "¿Influye el grupo de preparación al parto y el grupo de crianza en las tasas de lactancia materna?"

Autoras: M^a Dolores Vallés Pinto, Blanca Jimeno Sierra y Encarna Sanz de Miguel

El premio a la mejor comunicación oral tiene, además, el incentivo de su publicación en el segundo número de la Revista Matronas Hoy.

CONCLUSIONES

Exactamente estas han sido las conclusiones del Congreso, hechas públicas y remitidas al Ministerio de Sanidad, como es preceptivo, de las cuales, a nivel prác-

Agenda – Reportaje especial

tico la 4, 5 y 6 son más importantes, porque implican una vía de procedimiento y actuación por parte de esta asociación para salvaguardar los legítimos intereses de la profesión:

1. La Organización se congratula por el importante número de participantes en el congreso y reconoce el esfuerzo de cada uno de los asistentes.
2. El colectivo de matronas muestra un interés creciente por mantenerse actualizado en temas científicos y profesionales que son de su competencia.
3. El nivel científico de los temas expuestos en el congreso ha sido muy alto.
4. Las matronas de todo el territorio nacional deben luchar porque todas sus competencias, adquiridas a través del programa formativo y recogidas en el ordenamiento jurídico, se desarrollen en toda su extensión.
5. Las matronas, a través de sus asociaciones, se oponen absolutamente a que la situación actual de crisis sea utilizada por las gerencias para reducir los recursos humanos que comprometan la calidad asistencial.
6. La Asociación Española de Matronas denunciará ante los órganos competentes a toda persona jurídica o grupos asociativos que realicen actividades retribuidas relacionadas con los cuidados, atención y programas educativos dirigidos a embarazadas, sin estar en posesión del título que les acredite para dichas actividades profesionales, enmarcadas en el ámbito de competencias de las matronas y obstetras, como es el caso de las doulas, en todo el territorio español.

RESUMEN

Ya puesto el punto final al XVI Congreso Nacional de Matronas, tras la intensidad de la preparación y el desarrollo, llega el momento para quienes tuvieron participación activa en el desarrollo de este congreso de relajar su respiración, aflojar sus músculos y sentirse imbuidos de una profunda sensación de placidez y en medio del disfrute de lo conseguido, todo el esfuerzo y el trabajo compartido deja huellas imborrables e insustituibles. Todos los aplausos escuchados en esa sala, todos los comentarios de reconocimiento y gratitud por el trabajo realizado se quedan grabados en

los corazones de esas personas que, desinteresadamente y solo por el compromiso ético y moral con su profesión, han querido hacer algo para sus colegas y por su profesión. Se palpaba al final de este congreso una sensación agradable de complicidad, de trabajo en equipo, de merecida victoria, y celebrar esa victoria con los compañeros es una sensación mágica, incomparable. En ese momento todos esos voluntarios, sin duda, sintieron que todo su esfuerzo había merecido la pena.



Comités científico y organizador del congreso

La presidenta de este XVI Congreso, en representación de la Asociación Científica de Matronas de Aragón, Dña. Sofía Gotor Colás, recibió de manos de la presidenta de la AEM el emblema de la Asociación Española de Matronas, materializado en la escultura en bronce del artista José Luis Fernández, en reconocimiento a la labor de su Asociación en el desarrollo de este congreso.

Un año más la AEM, en esta ocasión trabajando codo con codo con la Asociación Científica de Matronas de Aragón, ha conseguido que el aforo del congreso estuviera conformado por una representación total de todas las comunidades autónomas españolas. Y con la satisfacción de que, a pesar del impacto de la crisis que, a nivel general ha hecho disminuir la participación en congresos en los últimos años, cuando no suspenderlos, en los de la AEM, aunque esta mengua se ha percibido relativamente, se ha mantenido la asistencia en unos niveles muy aceptables e incluso en esta edición se ha incrementado discretamente el número de congresistas hasta llegar a los 350.

Agenda – Reportaje especial



Entrega del logotipo de bronce de la AEM a la presidenta del congreso y de la Asociación Científica de Matronas de Aragón de manos de la presidenta de la AEM y directora del XVI Congreso Nacional de Matronas

El congreso ha tenido una acogida muy favorable en los medios de comunicación, principalmente, debido a la innovación del programa y la relevancia de los profesionales participantes. La designación del profesor Arsuaga, codirector del equipo de investigación de Atapuerca, como figura a la que distinguir con el

título de Matrona Honorífica, fue recibida con una favorable acogida y satisfacción entre las matronas, según se desprende de los múltiples testimonios recibidos por ambas asociaciones. La calurosa bienvenida dispensada al profesor en el marco del congreso y, por otra parte, el interés mostrado por los medios de comunicación, tanto locales como nacionales (prensa, radio y televisión), que dieron una cumplida y amplia cobertura de esta distinción y participación en el evento y del desarrollo del congreso, puso un broche de oro a esta edición, que apenas finalizada, ya es un recuerdo para dejar paso a la siguiente edición de este Congreso Nacional.



Rueda de prensa previa al congreso

XVII Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas



AVANCE DEL PROGRAMA

Conferencias:

"El arte de cuidar".

"Ser matrona en el siglo XXI".

Ponencias:

1. Educación Maternal: necesidad de cambios.
2. Actualización en la Educación para la salud materno/filial.
3. Formadora de formadores.
4. Importancia de la creación del vínculo y el apego durante la gestación.
5. Investigando: ¿Ciencia de la evidencia o viceversa?
6. La matrona: ¿empleada o profesional?
7. Conciencia profesional.
8. Ética del cuidado.
9. Recuperando las competencias.
10. Claves del éxito de la profesión.
11. El recién nacido: 28 días de cuidados.
12. Reanimación fetal intraútero.
13. Disfunciones de suelo pélvico.

14. Nuevas complicaciones obstétricas relacionadas con la FIV.
15. Prevención de la prematuridad.

Sesiones monográficas (2 h teórico-prácticas):

1. Risoterapia: soltando estrés (actividad grupal).
2. Suturas y anudados.
3. Cómo confeccionar un póster.
4. Planificación y desarrollo de un trabajo de investigación.
5. Ergonomía en el trabajo de las matronas.
6. Manejo del duelo perinatal.
7. Abordaje práctico de la violencia de género.
8. Rol de la matrona.
9. Técnicas y habilidades de comunicación.
10. Cuidarse para cuidar: dando lo mejor.
11. Manejo de las emociones.
12. Constelaciones familiares: la familia de origen.
13. Osteopatía en el recién nacido: recursos prácticos.

Comunicaciones

Pósteres

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**.