

XXVII Congreso de la Confederación Internacional de Matronas

Matronas: senderos hacia naciones saludables

Gloria Seguranyes¹,
Àngels Bermejo²

¹Matrona. Profesora Titular Escuela Enfermería. Unidad Docente Matronas Cataluña. Universidad Barcelona. ²Periodista

Un total de 1.700 matronas procedentes de los cinco continentes se dieron cita en Brisbane (Australia), en el 27 Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM). Un encuentro que puso de manifiesto que, con independencia de su lugar de procedencia o ejercicio profesional, todas las matronas tienen como objetivo principal la salud de mujeres, madres y recién nacidos. En esta ocasión, este congreso trianual, que se celebró en julio de 2005, tenía como lema «Partería: senderos hacia naciones saludables» y fue organizado por el Australian College of Midwives. Sin duda, fue una oportunidad única, como reseñó Caroline Weaver, presidenta de la ICM, para compartir experiencias, conocimientos y, cómo no, reencontrar viejas amistades. En su discurso, Weaver presentó los

datos sobre el número de mujeres que se mueren en el embarazo, parto o puerperio, y resaltó la necesidad de buscar una solución, que no es técnica: se precisa de la presencia de la matrona.

INAUGURACIÓN

La inauguración oficial del congreso estuvo a cargo de la honorable Gobernadora de Queensland, Sra. Quentin Bryce, quien resaltó que se sentía muy privilegiada por «estar entre mujeres que brillan con luz interior». En el acto de apertura participaron, por el Colegio de Matronas de Australia, Margaret Phelam y Vanessa Owen, y por el Consejo Internacional de Enfermería, Rosemary Bryant. La ceremonia de las banderas fue presentada por la secretaria general de la ICM, Kathy Herschderfer, y en ella, participaron matronas representantes de 79 países. La ceremonia estuvo encabezada por la bandera de la ICM, sostenida por Margaret Peters, matrona australiana y ex directora de la ICM.

Durante esta ceremonia inaugural, se entregaron los premios de la ICM:

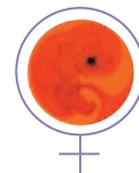
- Premio «Mary Goubran sobre liderazgo». Se otorgó a Agatha Amoateng-Boahen, de la Asociación de Matronas de Ghana, por el desarrollo de servicios maternos de salud en una zona rural donde transitan muchos viajeros.
- Premio «Salvad a los niños». Se concedió a las matronas que han mejorado la salud infantil en el África Subsahariana o Asia, y fue otorgado a: Carol Millan, de la Asociación Integrada de Filipinas, Sor Kiros Kebede, de Etiopía, y Mary Namusisi, de Uganda.
- Premio «Campeones en tiempos de crisis», otorgado por la White Ribbon Alliance y el Consejo Global de Salud. En esta edición se dedicó a la respuesta obtenida frente al desastre del *tsunami*. Estos premios se adjudicaron a Ernie, una matrona que hizo esfuerzos heroicos tratando de restablecer servicios para los supervivientes y que perdió miembros de su familia en este desastre; y a la Asociación de Matronas de



C. Weaver, presidenta de la ICM



K. Herschderfer, secretaria general de la ICM



«La contadora de historias» cerró el acto inaugural del Congreso



R. Plata y M.A. Rodríguez (ANM) y G. Seguranyes y D. Costa (FAME), delegadas españolas en el Congreso ICM en Brisbane

Indonesia, por su liderazgo y respuesta a las necesidades de las mujeres de su país y por la movilización de sus miembros ante dicho desastre. En la ceremonia inaugural también participó una comunidad aborigen, que ofreció un regalo tradicional, un *coolliman*, un palo curvado de madera con un contenedor para poner el bebé de madera, seguido de una danza para avivar el fuego. Respecto a la parte musical del acto, se contó con la participación de la Coral de Brisbane y de la cantautora y matrona Fiona Latham. Esta ceremonia finalizó con *La contadora de historias*, un relato aborigen de la historia de la partería.

PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA

Un total de 8 matronas españolas, procedentes de Madrid (1), Cantabria (1) y Cataluña (6) asistieron a este encuentro internacional. Las matronas que representaron a España de manera oficial en el congreso fueron M.^a Ángeles Rodríguez y Rosa Plata, por la Asociación Nacional de Matronas, y Dolors Costa y Gloria Seguranyes, por la Federación de Asociaciones de Matronas de España.



Matronas españolas asistentes al congreso

Como ya es habitual, en los Congresos de la ICM, las matronas españolas se reunieron en la inauguración del certamen y en la ceremonia de banderas, y además organizaron una cena, a la que se invitaron también a los representantes de Portugal y Grecia. La cena sirvió para intercambiar experiencias entre estos países del Sur de Europa.

Este congreso, además de su actividad científica, contempló la celebración de otros acontecimientos importantes para la profesión. Así, previamente al congreso, se celebraron, entre otros, el encuentro del Consejo de la ICM, y un taller de trabajo dedicado a la maternidad segura.

MATERNIDAD SEGURA

Más de medio millón de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, cuatro millones de niños mueren en las 4 primeras semanas desde el nacimiento, y 3,3 millones de niños nacen muertos. Estas cifras son algunas de las puestas de manifiesto y analizadas en el taller de trabajo sobre maternidad segura celebrado en el marco de este congreso, que abordó las causas de esta preocupante cuestión y definió las estrategias de trabajo de las matronas a fin de reducir las cifras de mortalidad materno-infantil, pues, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló en su informe mundial de 2005, «la atención al parto por parte de una matrona se ha mostrado como el mejor método para combatir esas tremendas cifras».

Así, las 44 matronas asistentes al taller, procedentes de países como Afganistán, Argentina, Egipto, Etiopía, Indonesia, Italia, Kenia, Malawi, Sudáfrica, Vietnam... abordaron como principales líneas de trabajo:

- Fomentar el desarrollo normal del parto.
- Elaborar técnicas para la prevención de la hemorragia posparto (uno de los cinco grandes motivos de muerte materna).
- Definir estrategias para la atención del recién nacido que le garanticen un inicio de la vida saludable.

– Acciones para asegurar que la madre y el bebé se mantienen juntos durante el posparto inmediato. Una de las representantes de la ICM en este encuentro, Nester Moyo, destacó el consenso de todos los participantes acerca de los problemas que las matronas deben afrontar a pesar de los diferentes contextos en los que trabajan. Asimismo, explicó que los asistentes diseñaron planes de acción para sus respectivos países, incluyendo, por ejemplo, aspectos como la posibilidad que la pareja o familiares estén presentes durante el parto.

PONENCIAS MAGISTRALES

Ya centrados en la propia actividad científica del congreso, un elemento que destacar fue que las sesiones de cada día se iniciaban con una ponencia magistral realizada por una experta de la profesión, que iba seguida de la sesión denominada el «escaparate».

Atención al parto en la comunidad de Puvurnituq, Quebec

Brenda Epoo y Vicky Van Wagner

Vicki Van Wagner trabaja como matrona en Toronto y en Nunavik, Quebec, y es profesora asociada en la formación de matronas en la Universidad de Ryerson. Actualmente, forma parte del panel de expertos de cuidados maternos del Consejo de Mujeres de Ontario para asesorar al ministro de Salud en políticas de maternidad.

Brenda Epoo, por su parte, es matrona comunitaria en el Centro de Salud de Inuullitsivik, Inukjuak, Quebec. Desde niña, quiso ser matrona porque conocía el trabajo que realizaba una matrona tradicional en su pueblo. Fue cuando ella se encontraba estudiando en la escuela secundaria (1999) que se estableció el servicio de partería en su comunidad, y así se pudo volver a tener la atención al parto en su medio, la comunidad de Puvurnituq, en el Quebec.

Las metas originales de este servicio de partería fueron acabar con el traslado y la evacuación rutinaria de mujeres de las comunidades de Nunavik cuando se acercaba el momento del nacimiento. Se había denotado que esto ocasionaba insatisfacción, puesto que, en

ocasiones, estas futuras madres se encontraban alejadas de su familia durante semanas, 52 días de promedio, y significaba un traslado en aeroplano de unas seis horas de duración.

En su exposición, presentaron los resultados obtenidos en la atención al parto en su comunidad, que incluye tres pueblos y siete comunidades, lo que significa una atención promedio de 200 partos al año. En la actualidad, Brenda Epoo actúa como líder de la comunidad en el cuidado maternal y en la promoción y prevención de la salud sexual.

«¿Por qué la vida de una mujer de Malawi es menos valiosa?»

Lennie Kamwendo

La jornada dedicada a la profesionalización contó con el discurso de apertura de Lennie Kamwendo, matrona de Malawi que ha ejercido durante 32 años y que cuenta con una extensa trayectoria profesional en su país, ocupando cargos como la dirección del departamento de salud maternoinfantil o la vicepresidencia del Kamuzu College of Nursing.

Hablando de la partería en su país, Kamwendo se preguntó ¿por qué la vida de una mujer de Malawi es menos valiosa que la de una mujer australiana? «De hecho —señaló—, ambas son madres, hijas, esposas, trabajadoras y miembros de la comunidad»; sin embargo, la tasa de mortalidad materna ha incrementado en Malawi de 620 muertes por 100.000 habitantes en 1992 a 1.120 en el año 2000.

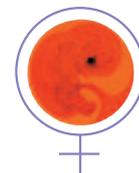
Las razones para este incremento de la mortalidad materna esta matrona las sitúa en la carga que ha supuesto el crecimiento de enfermedades como el sida y la escasez de matronas. Como ejemplo eficaz del abordaje de esta situación, Kamwendo puso Malasia, donde, mediante el trabajo de las matronas enviadas a las áreas rurales donde se producen la mayor parte de nacimientos en este país, se ha reducido la tasa de mortalidad materna, que ha pasado en tres décadas de 300 por 100.000 a 39 muertes.



B. Epoo y V. Van Wagner



L. Kamwendo



D. Opoku

Habló sobre el tema de la contratación de las matronas en países con pocos recursos por parte de otros países, y dijo que debemos prevenir esta contratación de forma activa, ya que ocasiona un impacto nefasto en los servicios de maternidad en los países en desarrollo.

Las formas actuales de conocimiento, la diversidad de pensamientos

Dora Opoku

Es matrona y jefa del Departamento de la Escuela de Enfermería y Matronas de St. Bartholomew, University City, Londres (Inglaterra). Obtuvo su formación secundaria en Ghana, África Oriental, y después cursó estudios de enfermera y matrona en Escocia. Hoy en día, preside un Comité de Ética de Investigación en la Jurisdicción Estratégica de Salud del Norte Oriental de Londres, y está involucrada en la aplicación de los nuevos convenios del Sistema Nacional de Salud en los Comités de Ética de Investigación.

En su exposición, presentó las diferentes formas de conocimientos existentes en el campo de las matronas, y dijo que ninguno se mantiene de forma exclusiva. Habló de la necesidad de conectar la teoría con la práctica en la formación de las matronas, y reclamó a las investigadoras la necesidad de efectuar estudios que sean útiles para atraer el interés de las matronas. Pidió a las asistentes que compartieran las diferentes formas de conocimiento, «ya que sólo así podremos cubrir huecos en algunas áreas de la partería».

Las matronas: «Al filo de la historia»

Hannah Dahlen

Hannah es una matrona australiana que trabaja como consultora de una clínica de matronas. Es una abogada importante de la partería y de los derechos de las mujeres en Australia. Con frecuencia, es entrevistada por la prensa escrita y la televisión sobre la política y los problemas teóricos relacionados con el cuidado de las mujeres y la práctica de matronería. Ana, en su

exposición, fue una oradora inspirada, con pensamiento crítico y provocador, que estableció las posibles sendas futuras en el campo del cuidado de maternidad y las matronas.

SESIONES «EL ESCAPARATE»

Joy Phumaphi, OMS

Joy Phumaphi, directora general adjunta de la Salud de la Comunidad y la Familia de la OMS, impartió la primera ponencia en las sesiones denominadas «El escaparate». Los discursos se plantearon para informar a las matronas sobre el trabajo global que la ICM llevó a cabo en colaboración con otras organizaciones de salud internacional.

Dirigiéndose a su público como «los compañeros de viaje en los senderos a naciones saludables», Joy se refirió a que, «cuando la humanidad tiene las habilidades, recursos y oportunidades de asegurar que las mujeres disfruten el derecho a la vida, tengan opciones y sean saludables, todavía les niegan el acceso a los servicios y las excluyen del cuidado». «Creo —señaló la ponente— que la singularidad de nuestro lugar en la historia es tan importante que los imperativos políticos, económicos y morales no pueden rechazarlo». Se está lanzando una nueva alianza «Salud maternal y recién nacido» y la ICM es una compañera crítica en su creación. En este nuevo pacto, Joy Phumaphi dijo: «nosotros trabajaremos juntos en el ámbito del país para tener las políticas y estrategias que creen el ambiente correcto. Nosotros vigilarémos que el cuidado continuado empiece en casa, y que se vincule con las consultas de la comunidad y los especialistas de referencia en los hospitales. Todo ello invirtiendo en capital humano como las matronas para atender el parto, que es la inversión más sabia que nosotros podemos hacer, para asegurar el mantenimiento y el cumplimiento de unos resultados consistentemente altos».



Presidente y secretaria de la ICM, con el secretario general de la FIGO y la directora general adjunta de la Salud de la Comunidad y la Familia de la OMS

Dr. Sabaratnam Arulkumaran, FIGO

El Dr. Sabaratnam Arulkumaran, secretario general de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO), presentó la segunda sesión del escaparate, que trató sobre la necesidad de colaboración entre profesionales. Él, también, animó a las buenas relaciones entre las matronas y obstetras: «los profesionales deben respetar la vocación del otro y deben trabajar como un equipo», e insistió en favorecer la colaboración a escala global y nacional. La continuidad del cuidado no es posible sin un equipo de trabajo. Los conflictos dentro del equipo afectarán al bienestar de las madres y niños.

Joyce Thompson, ICM

El miércoles, 27 de julio, Joyce Thompson, directora saliente de la Junta Ejecutiva de la ICM, habló en nombre del Dr. Khama Rogo, del Banco Mundial y copresidente de la Asociación para la Maternidad Segura y la Salud Recién Nacido, el cual no pudo asistir. Ella leyó el mensaje de éste a la audiencia, en el que se refirió a la necesidad existente de estas profesionales: «Es evidente que las matronas están en el centro de esta demanda (para alcanzar las Metas de Desarrollo de Milenio); el mundo necesita ahora más que nunca a las matronas»; y en referencia a la relación entre las matronas y los obstetras, señaló: «Yo aprendí mi obstetricia a los pies de matronas; la mayoría de nosotros lo hace. Como la más vieja de las dos profesiones, ustedes tienen la madurez y la paciencia para construir la fuerza en esta relación. Nosotros necesitamos el uno del otro, y las mujeres nos necesitan juntos para preservar su bienestar». Joyce continuó describiendo los planes de colaboración entre la ICM y la Alianza Salud Maternal y del Recién Nacido, anunciados previamente por Joy Phumaphi. La ICM es, actualmente, el miembro que representa a los profesionales de salud. Ella reiteró la necesidad de que las acciones sean coordinadas, concertadas y



J. Thompson (ICM) y S. Arulkumaran (FIGO)

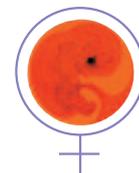


Tutoras y jóvenes líderes del programa Young Midwifery Leaders

complementarias a nivel local. «Nosotros no sólo escucharemos a las mujeres, nosotros escucharemos a los países».

Programa para el Liderazgo de Matronas Jóvenes, ICM

En el cuarto día del congreso los Young Midwifery Leaders (YML) fueron los protagonistas de la sesión «escaparate». Con este programa se pretende formar nuevos líderes que actúen como defensores de las mujeres y de sus familias, lideren la profesión y las actividades para una maternidad segura, ostenten posiciones clave en instituciones y agencias de salud materna y reproductiva, conduzcan el cambio hacia una reforma social, política y cultural para mejorar la salud de las mujeres y sus familias, y sean un modelo internacional para la profesión. Este programa se puso en marcha debido a la necesidad de reclutar y retener las matronas con un alto nivel de calificación dentro de la profesión. La falta de líderes es un problema que afecta al colectivo de matronas. Se necesitan modelos a seguir. Y ésta no es una cuestión que afecte sólo a las matronas, pues, según un informe publicado por la Joint Learning Initiative, que reúne a más de cien líderes de la profesión sanitaria, se necesitarán un total de cuatro millones más de profesionales sanitarios para cumplir los objetivos establecidos por las Naciones Unidas (Objetivos de Desarrollo del Milenio). En este sentido, la ICM lanzó en 2004 el proyecto llamado Young Midwifery Leaders, que tiene como objetivo generar líderes para encabezar distintas iniciativas y políticas de desarrollo a escala nacional e internacional. La primera cohorte de tutores líderes y jóvenes autorizados procede de Alemania, Malawi, Escocia/Eslovenia, África del Sur y Trinidad Tobago, tienen menos de 36 años y fueron propuestos por las diferentes regiones de la ICM. Tras un primer encuentro en Trinidad y Tobago en abril de 2004, los principales miembros de la iniciativa se



encontraron en este 27 Congreso de la ICM para realizar unas sesiones de trabajo, asistir como observadores al consejo previo y presentarse ante los participantes del congreso y los medios de comunicación.

El programa YML lo dirige Nester T. Moyo, de Zimbabwe, y en su opinión, «el YML puede generar un número escaso de líderes; sin embargo, las matronas incluidas en el programa pueden, a su vez, expandir olas de talento y energía en sus respectivas regiones y alrededor del mundo».

PROGRAMA CIENTÍFICO

El primero de los grandes bloques temáticos en los que se dividió la actividad científica de este congreso reunió a matronas de culturas y países distintos en torno a la historia y la evolución del ejercicio de esta profesión, lo que permitió adquirir una visión amplia de cómo han ejercido las matronas en los distintos lugares y a través de los años.

Durante el congreso, las matronas asistentes también pudieron escoger participar en múltiples talleres de trabajo sobre cuestiones más específicas en el ámbito de la investigación, educación, ética, redacción científica, hemorragia posparto, entre otras muchas.

Matronas en la historia

Diane M. Fraser, de la University of Nottingham (Reino Unido), dibujó la evolución de la figura de la matrona, dividiéndola en tres periodos: concepción (siglos antes de Cristo), gestación (los 19 primeros siglos después de Cristo) y el nacimiento y desarrollo (desde 1902 hasta nuestros días). Refiriéndose a esta última etapa, hizo especial mención a un libro publicado por Margaret Myles, el mayor libro de texto de esta profesión, en lengua inglesa, escrito por una matrona, que ha sido constantemente reeditado desde 1953 hasta la actualidad.

Un acercamiento al trabajo de las matronas de Nueva Zelanda durante los años 1970-2000 fue presentado por Jackie Gunn, de la Auckland University of Technology de Nueva Zelanda. Esta matrona está desarrollando un proyecto: una historia contada con voces acerca de la experiencia profesional de las matronas que ejercieron en Nueva Zelanda durante 1970-2000 en relación con la atención de la matrona a las mujeres con partos sin complicaciones, infecciones, partos de nalgas y hemorragias. También basándose en entrevistas orales, Ellen Chen ha desarrollado un trabajo con el objetivo de documentar cómo ejercían tres matronas de Taiwán entre 1940 y 1950. La autora pretende que el relato de las historias de estas matronas contribuya a «promocionar un parto humanizado y desmedicalizado, y ayudar al reconocimiento de la importancia de las matronas y a realzar la dignidad y reputación de su trabajo».

Otra aportación destacable fue la de Mary Stewart, de la University of the West of England de Bristol, quien presentó un trabajo observacional en el que se aprecia

que los propios conocimientos de las matronas acerca, por ejemplo, del progreso del parto, permanecen ocultos y devaluados en muchas ocasiones ante las ideas dominantes que imperan en el entorno médico. En su opinión, las matronas tienen que registrar los exámenes vaginales de forma concisa, a fin de usar esta información para enmarcar los límites actuales de la duración de los periodos de dilatación y expulsivo.

El recorrido histórico de las ponentes por la evolución de esta profesión estuvo siempre acompañado de imágenes, fotos, vídeos... Éste fue el caso de la presentación audiovisual de Sue Lennox, de la Graduate School for Nursing and Midwifery de Nueva Zelanda, para celebrar el ejercicio de matrona en el último siglo. Fotografías, poesía y canciones sirvieron para festejar los últimos cien años de esta profesión, presentados en forma de diferentes temas y personajes.

Otro aspecto tratado en este bloque fue el de la espiritualidad en la profesión de matrona; en este sentido, Carmen Linhares, de la University of Hawaii, presentó la revisión de la bibliografía que ha realizado de esta cuestión en relación con la partería y el nacimiento. Para esta autora, la revisión efectuada muestra que existe un gran potencial en la investigación cualitativa y cuantitativa sobre espiritualidad en torno a esta profesión y el nacimiento.

Danza de habilidades

De entre las representantes procedentes de Estados Unidos, H.P. Kennedy, A.J. Levi y L.K. Low, de las Universidades de California y Michigan, presentaron un estudio cuyo objetivo era analizar e interpretar estudios cualitativos que han examinado la práctica de las matronas desde 1920 hasta la actualidad mediante la realización de una metátesis.

La interpretación de los estudios analizados (40) revela una construcción dinámica de la práctica de la partería en Estados Unidos, que refleja la existencia de un conflicto entre dos puntos de vista social y culturalmente



H.P. Kennedy

definidos del nacimiento y el papel de las mujeres en este proceso. La visión de las matronas se fundamenta en el nacimiento como un hecho normal y saludable en el que las mujeres están controladas y las matronas están presentes de forma respetuosa en el proceso. En segundo lugar, existe una perspectiva mayoritaria en Estados Unidos, que incluye a muchos médicos y mujeres, que consideran el nacimiento un riesgo para la madre y el recién nacido. Las autoras consideran que este conflicto generado entre ambos puntos de vista es manejado por las matronas, quienes ejercen una denominada «danza de habilidades», con el objetivo de construir una práctica articulada en torno a la perspectiva dominante pero, a su vez, preservando y protegiendo la perspectiva filosófica de la partería.

Las opiniones analizadas de las matronas en este estudio también señalan que, a pesar del estrés que su trabajo conlleva y el conflicto entre dichas perspectivas, las matronas «aman su trabajo».

Profesionalización

En la jornada dedicada a abordar diferentes aspectos inherentes a la profesión de matrona, las canadienses M. Hatem, D. Devane, E. Donet, J. Sandall, H. Soltani, W. Fraser, dieron a conocer algunos de los resultados iniciales de la revisión sistemática que han realizado sobre el modelo de cuidados dirigido por matronas frente a otros modelos de atención a las mujeres. En esta revisión se presentan los resultados maternos, fetales y neonatales en las etapas del embarazo, parto y posparto en términos de bienestar físico y psíquico a corto y largo plazo, la satisfacción y el coste de los servicios prestados.

Análisis de modelos

En el noroeste de Escocia existen diferentes modelos de ejercicio de la profesión, que no han sido especialmente investigados. Por este motivo, A.M. Rennie, de la Robert Gordon University de Escocia, realizó un estudio, con metodología cualitativa, en el que describe los resultados obtenidos en seis grupos de matronas reflejando sus puntos de vista acerca de los diferentes modelos de ejercicio. Por ejemplo, muchas matronas expresan su preocupación sobre las desventajas que para ellas tiene el hacerse responsables de un determinado número de mujeres *caseload*, sobre todo por el *burnout* que puede conllevar y la repercusión que puede tener en su vida familiar y social. Algunas matronas mencionaron que, «trabajando con este modelo, se tiene que ser más flexible y manejar mejor el tiempo de que se dispone».

Por otro lado, en este estudio, las matronas se mostraron partidarias de trabajar en equipo, pero enfatizaron la necesidad de una infraestructura y financiación adecuadas.

En cuanto a los servicios locales que las matronas prestan en áreas rurales de Escocia, estas profesionales consideran que dichos servicios deben prestarse sólo en gestaciones de bajo riesgo.

Y respecto a su satisfacción profesional, sienten que, por lo general, son profesionalmente devaluadas. En opinión de A.M. Rennie, «si las matronas se sintieran más valoradas, estarían mejor situadas para cuidar de las mujeres».

Siguiendo en la línea de cómo las matronas valoran su modelo profesional, las inglesas P. Dorling, J. Munro, L. Ball y H. Rosser, del Sheffield Teaching Hospitals NHS Trust, también mediante metodología cualitativa, presentaron los resultados obtenidos en un estudio para explorar las ventajas y desventajas de trabajar siguiendo el sistema *one to one*, que fue introducido en Sheffield en 1999 y en el que las matronas son las proveedoras de toda la atención (prenatal, en el parto y posnatal) en todas las mujeres, cualquiera que sea el grado de riesgo, y en hospitales o comunidades. Las matronas se hacen cargo de unas 40 mujeres al año y están organizadas en grupos. Su trabajo se centra más en las mujeres que en los servicios, y ejercen de forma independiente pero manteniendo buenas relaciones profesionales con el resto de matronas y médicos que trabajan siguiendo el sistema tradicional.

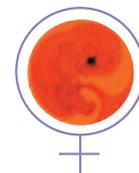
Las matronas entrevistadas en este estudio hablaron de su insatisfacción con el servicio «casi industrializado» que se presta en algunos centros y su emoción por poder ofrecer algo más y mejor: un modelo de partería más rico socialmente e individualizado. Asimismo, se percibieron a ellas mismas como separadas de la cultura de las matronas hospitalarias, «lo que ha conllevado una incómoda situación al distinguir entre ellas y nosotras».

El Royal College of Midwives, un ejemplo de liderazgo

¿Cómo podemos las matronas influir en estrategias para la salud maternoinfantil? A responder esta pregunta dedicó su exposición K. Davis, del Royal College of Midwives del Reino Unido. Y para ello, puso el ejemplo del trabajo que realiza en su centro, que desde su fundación ejerce una fuerte influencia en el desarrollo de estrategias para la salud maternoinfantil en el Reino Unido. En su presentación, mostró que el liderazgo y el compromiso de esta asociación profesional con el desarrollo y la puesta en práctica de estrategias y estándares para la práctica profesional son factores cruciales para el ejercicio profesional de las matronas, para una provisión de servicios equitativos y de calidad que tengan en cuenta las necesidades y las expectativas de las mujeres, y para posibilitar a las matronas ser autónomas para decidir.

Modelos de cooperación

Bajo la idea de que culturas y sociedades procedentes de distintos lugares pueden compartir conocimientos acerca del nacimiento, y del reconocimiento del valor de la tradición y del perjuicio que puede conllevar una dependencia excesiva de la tecnología, la Japan Academy of Midwifery estableció, en 2002, un fondo



económico para el entrenamiento avanzado de proveedores de servicios maternos procedentes de países desarrollados, y organizó un curso basado en los conceptos y la metodología empleados por las matronas japonesas que pudieran ser útiles y puestos en práctica en los países en vías de desarrollo con limitados recursos médicos y económicos. T. Mori, K. Shimazawa y M. Fujiwara, de la Japan Academy of Midwifery, señalaron que la puesta en marcha del programa en un hospital de Nepal puso de manifiesto que el mejor y más seguro programa de atención materna es aquel que transmite seguridad a las madres y a sus familias. Asimismo, también mostró que un nivel primario de atención proporcionado por las matronas, que no depende de instrumentos o fármacos, puede ser puesto en práctica con facilidad en los países desarrollados como una vía alternativa de cooperación internacional que puede conllevar grandes beneficios. Estas profesionales entienden por alternativa aquellos proyectos con un desarrollo mínimamente intrusivo, el tipo de proyectos que reúnen especialistas de diferentes bagajes culturales para mejorar la práctica de la partería o que incluyan de nuevo aspectos que han caído en desuso.

«Cuidado continuado por matronas»

En 1999, fue introducido en Japón, en el Kwong Wah Hospital, el modelo de «cuidado continuado por matronas» (CMC), caracterizado por la asistencia continuada de las matronas a las mujeres en edad reproductiva desde el principio de la gestación al periodo posparto por un equipo de matronas. Judy Ng, et al. estudiaron los resultados perinatales obtenidos en 797 mujeres atendidas con este modelo desde julio de 2003 a marzo de 2004.

De los resultados obtenidos, las autoras destacan que el CMC puede ser un modelo seguro y eficaz para embarazos de bajo riesgo, así como una opción válida para las mujeres. «Proporcionar una atención continuada aporta beneficios no sólo a las mujeres, sino también a las matronas, cuyo trabajo se desarrolla en función de las necesidades de las mujeres que atienden». En su opinión, este modelo de atención por parte de las matronas puede contribuir a restablecer su autonomía profesional.

Estrés

Es sin duda, uno de los aspectos que afecta más a las matronas que ejercen en la actualidad, sobre todo desde que su rol en el seguimiento de la gestación y del puerperio ha aumentado. K. Blaket, et al., de la Universidad de Manchester, fruto de un estudio realizado en el colectivo, señalaron como principales factores de estrés el efecto de los cambios, la escasez de profesionales, la falta de comprensión de los diferentes roles, la ausencia de medidas de soporte, las prácticas de trabajo, etc. Y respecto a cómo se manifiesta el estrés, indicaron: agotamiento, sentirse incompetente,

problemas en el sueño, absentismo, malhumor... todo ello, como indicaron, conlleva una reducción de la moral, dificultades para el trabajo en equipo, depresión y deterioro de las relaciones en casa y el trabajo, entre otros aspectos.

Formar y educar

En la jornada dedicada a la formación, Jane Stojanovic, de la Massey University de Nueva Zelanda, explicó su experiencia en la fundación y el desarrollo del Otaki Birthing Centre de Nueva Zelanda, un centro propio y dirigido por matronas que, tras ocho años de funcionamiento como centro de partos, opera en la actualidad como una maternidad. De su experiencia en la fundación de este centro, Stojanovic señaló que éste se ha convertido en una herramienta de educación para las mujeres, sus familias y la comunidad, así como de formación para las matronas que trabajan en él. El Otaki Birthing Centre ejerce una labor educativa a la población mediante una mayor implicación en el proceso de soporte a las mujeres, así como actuando como fuente de información. Las mujeres que han pasado por este centro han aprendido acerca del nacimiento como una experiencia normal y han transmitido esta perspectiva al resto de su comunidad. En su opinión, «trabajando más autónomamente apartadas de un entorno medicalizado, las matronas han aprendido más acerca de la práctica de su profesión y de cómo el entorno influye en ésta y en el proceso de parto, y en la habilidad de las mujeres para dar a luz con normalidad».

Un estudio a destacar fue el presentado por Margaret Duff, del Waikato Institute of Technology, también de Nueva Zelanda, basado en nuevo modelo alternativo para valorar el proceso de parto. Este nuevo modelo ha sido desarrollado tras un estudio descriptivo, en el que se ha examinado el comportamiento de diversas mujeres durante el parto, y que indica que estos parámetros pueden emplearse para evaluar el proceso de parto.

Este modelo se basa en considerar el parto como un continuo del embarazo, parto y nacimiento, en el que se superponen patrones de comportamientos en función del nivel de progreso del parto. Asimismo, no delimita entre el final del embarazo y el comienzo del parto, o entre el periodo de dilatación y el expulsivo, además de no estar segmentado y guiado por las evaluaciones regulares del cérvix para indicar el progreso del parto.

Incontinencia

Otro tema motivo de diferentes estudios presentados en este congreso fue el de la incontinencia. Y entre ellos, C. MacArthur, et al., de las Universidades de Birmingham, Aberdeen (Reino Unido) y Otago (Nueva Zelanda), hablaron del estudio que han llevado a cabo para valorar la presencia de incontinencia fecal persistente más allá de los seis años posparto y de su relación con el primer parto. Uno de los resultados que las autoras remarcaron es el hallazgo del incremento del

riesgo de incontinencia fecal persistente más allá de cinco años después de un primer parto efectuado mediante fórceps.

Respecto a la incontinencia urinaria, un trabajo de Y. Butterfird, et al., del Box Hill Hospital de Australia, señaló que las matronas tienen un papel amplio que desarrollar en la educación y prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres durante el periodo perinatal. Este trabajo aporta como principales recomendaciones: desarrollar estándares educativos para formar a las matronas en este ámbito, incluir herramientas de cribado de la incontinencia urinaria en los planes de cuidado pre y posnatales, desarrollo de recomendaciones para el manejo de la vejiga para todas las fases del nacimiento, y la inclusión de educación sobre la continencia en los programas de educación maternal. En su opinión, si todas las matronas hicieran suyas estas recomendaciones, las mujeres tendrían una visión más extensa de su estado de salud de la que tienen en la actualidad, y ello también repercutiría en una disminución de los costes sanitarios asociados a la incontinencia urinaria.

Salud maternoinfantil

Uno de los ámbitos de trabajo de este encuentro internacional fue la salud maternoinfantil, y uno de los aspectos más mencionados fue el de la colaboración entre profesionales en este ámbito. Un ejemplo de trabajo conjunto y de colaboración es el proyecto «Know-How Project», en el que están agrupadas diferentes asociaciones profesionales y agencias gubernamentales vinculadas a la salud materna de Kenia y el Reino Unido, con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención maternoinfantil en Kenia, así como a una maternidad segura, mediante la promoción de la colaboración entre ellas. Este proyecto está basado en la creencia de que la provisión de salud precisa de un esfuerzo en equipo, donde todos sus miembros tienen un rol que desempeñar, y en la necesidad de trabajar en equipo, como iguales, para alcanzar una atención materna de calidad.

Cesáreas

Otra de las acciones que se dieron a conocer en este encuentro estaba dirigida a ayudar a las madres sometidas a cesárea en un primer parto, para afrontar la difícil elección del tipo de parto en una nueva gestación. Esto llevó a Allison Shorten, de la Universidad de Wollongong, en Australia, a editar un folleto de ayuda para las mujeres que deben tomar esta decisión. Basándose en un proyecto canadiense, Shorten editó un material educativo para ayudar a las usuarias en el proceso de decisión. En un lenguaje fácilmente entendible, se expone la evidencia existente sobre esta cuestión, y los beneficios y los riesgos de las distintas opciones. A través de este proceso, las futuras madres y sus parejas incrementan sus conocimientos acerca de sus distintas opciones, consideran sus anteriores



K. Davis, actual presidenta de la ICM

experiencias y, con la ayuda de su matrona y médico de familia, optan por aquella opción que consideran mejor para ellos.

Evaluar hasta qué punto la petición de cesárea por parte de las mujeres contribuye al aumento de la tasa de cesáreas practicadas en el Reino Unido continúa siendo motivo de discusión. Y bajo esta premisa, Carol Kingdon, de la University of Central Lancashire (Reino Unido), realizó un estudio para valorar las perspectivas de las mujeres ante el parto en relación con sus expectativas, motivación y control. Este trabajo aportó nuevas ideas acerca de la influencia que los profesionales de la salud, trabajadores sociales y los medios de comunicación pueden ejercer en la decisión del tipo de parto.

Y DESPUÉS DE BRISBANE...

En la ceremonia de clausura, se despidió oficialmente a Joyce Thompson como directora saliente de la ICM, se presentó al nuevo Comité Ejecutivo de la ICM, y tomó el relevo como nueva presidenta Karlene Davis, a quien Caroline Weaver le entregó el collar de la confederación. Las matronas escocesas del Reino Unido, del Royal College of Midwives, serán las encargadas de organizar el 28.º Congreso Trienal. Así que Brisbane pasó el testigo a Glasgow al finalizar este congreso. Durante su intervención, Karlene Davis señaló: «en la ICM, debemos utilizar nuestros mejores esfuerzos para realzar y representar los intereses de las matronas en la arena global». El lema del próximo congreso en junio de 2008 es «Las matronas: un compromiso mundial con las mujeres y los recién nacidos». Ella, que vestía un típico tartán escocés, diseñado especialmente para este próximo congreso de la ICM de matronas, manifestó: «ya ven, no necesitan ser un McPherson o un Mcdonald par vestir un tartán, sólo necesitan ser una matrona».