INFO Matronas

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS JUNIO 2019 N.º 37

INFO Matronas

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS JUNIO 2019 N.º 37

Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas de matronas de España, de forma gratuita en formato "on line". Con una periodicidad mensual buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

Los contenidos originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los demás, enviándolos a: ***infomatronas@gmail.com*** *Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.*

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:
Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:
Rosa Mª Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fragüas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucia Moya Ruiz

En éste número...

❑ **ESPECIAL I:**
- NEGACIÓN DE TRATAMIENTO

❑ **HEMOS LEÍDO QUE:**
- NACE UN BEBÉ DE 7 KILOS
- ALGUNOS DATOS CURIOSOS SOBRE EL NACIMIENTO DEL HIJO DE MEGHAN MARKLE
- MATRONAS DE ALICANTE DAN TALLERES DE HIPNOTERAPIA

❑ **MUY INTERESANTE:**
- PLANTILLAS DE MATRONAS AUN MAS DEFICITARIAS
- CONGRESO ISA 2019 MADRID
- FORMACIÓN AVANZADA EN LACTANCIA MATERNA. Ematrona
- PROGRAMA POSGRADO "GENÉTICA CLÍNICA APLICADA"

❑ **BREVES**
- XII JORNADAS DE APMEX
- EMPLEO MATRONAS EN EL HOSPITAL ROTUNDA, UBICADO EN DUBLÍN (IRLANDA
- JORNADAS PATOLOGIA TRACTO GENITAL EN MADRID
- CONGRESO INTERNACIONAL SEPTIEMBRE DE 2019. WINDHOEK, NAMIBIA (ICM)
- CONGRESO HONG KON 2019
- VOLUNTARIADO PARA SENEGAL
- NOTICIAS DE SIMAES

❑ **BUENAS NOTICIAS**
- LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS SE REUNE CON ALTOS CARGOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.
- EL MINISTERIO DE SANIDAD PUBLICA LA RESOLUCIÓN DE 26 DE ABRIL DE 2019, POR LA QUE ESTABLECE EL MARCO ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA
- TRES MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR RECIBEN UN RECONOCIMIENTO POR SU TRABAJO SOBRE EL DUELO ANTICIPADO ANTE LA MUERTE PERINATAL.
- NÚMERO RÉCORD DE ENFERMERAS Y MATRONAS EN GRAN BRETAÑA
- LA IHAN ACABA DE LANZAR EL PRIMER MÓDULO DE SU CURSO SOBRE LACTANCIA NATURAL.
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM
- PREMIOS MARIBEL BAYÓN.

❑ **PERLAS JURÍDICAS:**
- ABSOLUCIÓN A UNA MATRONA IMPUTADA POR DELITO DE LESIONES

❑ **PELICULA RECOMENDADA**
- "MOTHERHOOD,SER MADRE ES SÓLO UNA OPCIÓN"

❑ **AGENDA A.E.M.**
- FORMACIÓN CONTINUADA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE MATRONAS: NUEVOS CURSOS 2019.

❑ **40 ANIVERSARIO A.E.M.**

Estamos casi a finales de la segunda década del siglo XXI y aunque los modelos asistenciales han ido cambiando a medida que la sociedad ha ido demandando participar de sus cuidados, sigue habiendo mucha resistencia a reconocer los derechos que asisten a los usuarios y usuarias del sistema público (o privado) de salud. Esto es, seguimos sin aceptar un modelo donde la persona (paciente) es sujeto activo en la toma de decisiones sobre su salud junto con el equipo que le atiende. Parece muy obvio y hasta puede parecer que todo el mundo, o casi todo, presume de haber dejado el modelo "paternalista" de atención sanitaria y cambiado a un modelo de consenso. Nada más lejos de la realidad. Los médicos siguen ejerciendo, en pro del juramento hipocrático[1] , una medicina "paternalista" y aunque sus preceptos puedan ser válidos como declaración de principios éticos, cierto es que en muchas ocasiones entran en conflicto porque surgen dilemas éticos que la sociedad actual plantea, al médico en particular y a los profesionales sanitarios en general.

La lex artis nos condiciona y conlleva a que el profesional sanitario tenga que intervenir sobre la persona, paciente o usuario, para diagnosticar o aplicar un tratamiento, para "curar" en el caso de los/las médicos/as o para "cuidar" en el caso de las/os enfermeras/os. Y ¿qué pasa cuando éste se niega a una prueba diagnóstica o a la aplicación de un tratamiento? Casi seguro que nos descoloca, no sabemos qué debemos hacer y entramos pues, en un conflicto ético-legal.

MARCO ÉTICO Y LEGAL

En líneas generales, los profesionales sanitarios adolecemos de una falta de formación en los aspectos ético-legales de nuestra profesión, parece que eso no forme parte de nuestras competencias. Nos vanagloriamos de lo científico, de la evidencia, de la técnica pero omitimos lo que ya escribí una vez, "la técnica sin ética no es profesión". No quiero hacer de este texto algo aburrido con un montón de legislación, pero es imprescindible conocer lo básico del contexto legal que regula los derechos de las personas usuarias del sistema de salud, y no es algo tan ajeno, porque tarde o temprano, por una u otra razón, todos somos potenciales usuarios de recibir cuidados de otros profesionales o colegas.

Debemos situarnos, por no hacerlo muy lejano, en la Constitución Española de 1978:

La autonomía del paciente se fundamenta específicamente en el artículo 15 (derecho fundamental a la integridad física y moral) pero sin poder dejar de lado otros derechos fundamentales como los recogidos en los artículos 10.1 (derecho a la dignidad de la persona), artículo 16.1 (derecho a la libertad ideológica y religiosa) y artículo 18.1 (derecho a la intimidad), todo ello dio paso a una mayor relevancia de la voluntad de la persona (paciente).

Posteriormente, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual desarrollaba en su artículo 10 la "Carta de los Derechos de los Pacientes" con lo que fue preciso instaurar un modelo asistencial que se estuviese basado en la humanización de los servicios y el respeto por la dignidad de la persona y la libertad individual. Todo esto, supuso el comienzo del desarrollo progresivo de la autonomía del paciente (persona) en el ámbito sanitario a

través del consentimiento informado, del cual ya escribí en otro artículo de esta misma revista[2] . Pero el cambio radical ocurrió con el llamado Convenio de Oviedo[3] , que aunque se gestó en 1997, en España, no fue efectivo hasta el año 2000 y que contenía cuestiones innovadoras relacionadas con la autonomía, entre las que podemos citar: la posibilidad de revocar el consentimiento, la renuncia del paciente a la información, las voluntades anticipadas o la trascendencia de las opiniones de menores e incapaces en los procesos clínico-asistenciales.

Hay muchas otras normativas, pero no podemos dejar de mencionar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y es a partir de esta ley, cuando a la persona (paciente/usuario) se le considera parte activa de la relación clínico-asistencial, y se le reconoce la capacidad para tomar y asumir las decisiones relativas a su salud. Ya analizamos los artículos que hacen referencia al consentimiento informado , características y requisitos, pero quizá recordar que en su artículo 8.5 se reconoce la libertad del paciente para "revocar en cualquier momento posterior el consentimiento ya otorgado", estableciendo la forma de llevarlo a cabo "se exige que dicha retirada se verifique formalmente por escrito".

Como hemos dicho anteriormente, el profesional sanitario, debe guardar un respeto general a todos los aspectos y características personales de la persona (paciente/usuario), sus creencias, derechos, sentimientos, ideas, motivaciones…

Se trata de un deber de tipo ético, pero además, existe una tutela legal para velar por dicho respeto ya que hace referencias a derechos fundamentales de las personas, en concreto, el derecho fundamental a la integridad física y moral que permite al paciente reaccionar frente a todos aquellos comportamientos que le pudieran ocasionar un determinado daño, sufrimiento o padecimiento ya sea físico o psicológico así como, el no consentir cualquier tipo de intervención, en este caso terapéutica, en su cuerpo.

Por ello, la voluntad de la persona a elegir, rechazar o abandonar un determinado tratamiento propuesto por el médico, o profesional sanitario, debe ser igualmente respetada, incluso cuando el inicio o continuación del referido tratamiento pudiera ser decisivo para evitar un mal mayor o incluso la muerte. De esta manera y de forma genérica, el médico o profesional sanitario, no tiene la obligación ni puede lícitamente seguir tratando a un paciente en contra de su voluntad. Eso sí, deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Esta misma Ley 41/2002, regula el régimen de alta voluntaria (artículo 21) de manera que la persona (paciente) que se niegue a recibir un tratamiento estará obligada a firmar el alta voluntaria. Ahora bien, existen límites materiales a este derecho, así la legislación sanitaria y de una forma genérica, hace referencia, a dos casos muy concretos en los que se exceptúa el principio general de autonomía del paciente: son aquellos que afectan a la salud pública y los casos de "urgencia o emergencia vital". En este caso, es decir, *"cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización",* supuesto en el que el legislador establece que, si las circunstancias lo permiten, se consultará *"a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él".*

Toda esta legislación viene recogida en diferentes artículos en los códigos deontológicos de médicos, enfermeras y matronas[4].

Y desde el punto de vista ético, es conveniente recordar lo que el **Profesor Gracia** indica al respecto:

"la no maleficencia en una versión del clásico principio de justicia, y las cuestiones de no maleficencia y justicia son previas a la autonomía de las personas". Este segundo nivel es un principio doble, que es autonomía-beneficencia, porque *no se puede hacer el bien a nadie en contra de su voluntad*, y por esa razón habría que decir que no hay beneficencia sin autonomía.

MARCO OBSTÉTRICO

Este artículo está reflexionado tras un caso muy reciente que ocurrió en el hospital donde ejerzo como matrona desde hace muchos años.

CASO REAL: Primigesta de 38 años que acude a hospital de día para control de bienestar fetal en la semana 40+4. Tras la valoración del registro CTG, Eco doppler y de las partes blandas mediante tacto vaginal, se le recomienda el ingreso para maduración en el mismo día e inducción al día siguiente. La gestante pide información sobre alternativas, riesgos y beneficios pero se niega al ingreso y a la maduración porque prefiere esperar a ponerse de parto espontáneamente.

Este hecho descolocó a la ginecóloga de guardia pero en base a la legislación anteriormente mencionada, reflejó la incidencia en la historia clínica y la gestante firmó el alta voluntaria. Se acordó nueva visita en 48h para nueva valoración. Referir que la gestante era médico de familia, sin patología en su embarazo y con las pruebas realizadas dentro de la normalidad.

En el ámbito obstétrico trabajamos con mujeres adultas, vulnerables, cierto, pero que si no demuestra incapacidad para obrar, esto es, "incapacidad para comprender y elegir" puede ejercer por sí misma sus propios derechos y desenvolverse con autonomía en la vida jurídica.

Esto parece claro, haría falta un dictamen judicial tras reconocimiento médico especialista para diagnosticar su incapacidad haciendo una valoración relativa al nivel de comprensión y juicio así como, de la integridad de la voluntad de esta mujer, para que tanto su consentimiento como la toma de decisiones sobre las alternativas a los tratamientos que se le propongan sean válidos, tanto desde el punto de vista legal como ético y aun así, en la citada ley dice: "el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal" (art. 5.2).

Es preciso tener en cuenta los denominados **criterios de capacidad[5]:**

- Conciencia, es decir la capacidad de darse cuenta, de asentir, de expresar un acuerdo o desacuerdo.
- Comprensión, lo que da la posibilidad de elegir entre diferentes opciones.
- Razonamiento, lo que supone una capacidad de crítica que le permita optar racionalmente por una determinada decisión, valorando y ponderando los riesgos y las alternativas.

En este mismo sentido se manifiesta el **Convenio Europeo de Bioética**, cuando en su artículo 6.3 sobre protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, dice *"cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante,*

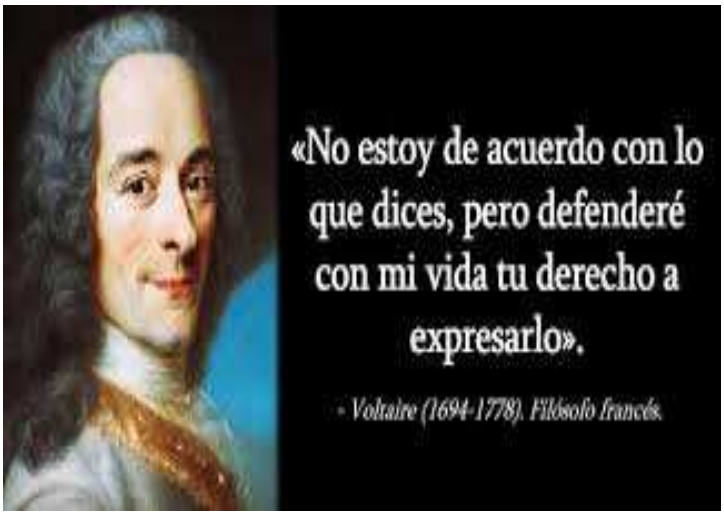
una autoridad o una persona o institución designada por la ley".
Alguien puede pensar, ¿y qué pasaría con su hijo/a, siguiendo el caso anterior, si en lugar de tener un registro CTG de bajo riesgo hubiera sido de medio o alto riesgo?

Según la exposición de la profesora Dña. Mª del Carmen Cazorla González-Serrano[6] el hijo no nacido (concebido) también llamado "nasciturus": no se le concede personalidad jurídica (aptitud para ser titular de derechos y obligaciones), en cuanto que la misma se adquiere por el nacimiento (situación de dependencia).
En nuestro ordenamiento jurídico (artículo 29 del Código Civil) el concebido no nacido no tiene consideración de persona: "El nacimiento determina la personalidad, pero el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables, siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente" y efectivamente el artículo 30 del CC dice: "La personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno" es decir, la atribución de personalidad jurídica supone el reconocimiento de una persona como sujeto de derechos y obligaciones. Y en nuestro derecho, como se acaba de indicar, la personalidad jurídica se adquiere por el nacimiento, siempre que se cumplan los dos requisitos exigidos en el artículo 30, esto es, nacer con vida y el entero desprendimiento del seno materno.

CONCLUSIONES

Habitualmente no es fácil manejarse en situaciones que se nos presentan en la práctica asistencial cuando surgen conflictos o dilemas porque nos ponen en la tesitura de tener que valorar principios éticos, deontológicos o morales.
Los profesionales de la salud debemos ser capaces de "aceptar" y por lo tanto "respetar" los derechos de las personas (pacientes/usuarios) aunque no compartamos la toma de decisión efectuada tras un acto de información veraz, comprensible, previa al acto de consentimiento oral o por escrito (cuando se requiera por ley). Hemos visto la evolución por parte de los usuarios del sistema sanitario público, una evolución de empoderamiento, siendo parte activa y responsable de su vida y su salud, y donde la legislación garantiza la protección de estos derechos.

Por otro lado, confiere a los profesionales de la salud, la obligación de conocer los aspectos éticos-legales en el ejercicio de nuestra profesión, que forman parte de las competencias que tenemos asignadas por ley y por lo tanto, debemos de adquirir mediante la formación en bioética desde las diferentes instituciones u organizaciones (pregrado y/o posgrado), tanto médicos, como enfermeras y matronas.
Esto no exime ,que tanto los usuarios como los profesionales, sean conocedores, unos de las obligaciones que también tienen como pacientes y los otros de los derechos como profesionales/ trabajadores de un sistema público o privado de salud.



Para finalizar, una recomendación: se debe establecer una buena relación de confianza y así, poder desarrollar las habilidades de comunicación con la persona que atendemos con el fin de poder ofrecer todas las alternativas a nuestro alcance y que minimicen los riesgos que pueda suponer la negación por parte de una persona a recibir los cuidados necesarios para preservar al máximo su vida y su salud.

Y como siempre, una frase de este autor, Paulo Freire: *"El respeto a la autonomía y a la dignidad de cada uno es un imperativo ético y no un favor que podemos o no concedernos unos a los otros".*

Mª Isabel Castelló López
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

1.-http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/nueva_version_j.hipocratico.pdf
2.-Infomatronas, Nº10 Año 2017
3.-Convenio, del Consejo de Europa, para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina
4.-Código Deontológico de las matronas Españolas (AEM 2010) Cap.I art.9
5.-Llovet Haya JM. La competencia mental: concepto y evaluación. Selecciones de Bioética 2003; 4: 28-40.
6.-La protección jurídica del nasciturus en el ordenamiento jurídico español. Mª del Carmen Cazorla González-Serrano Profesora Titular (I.) Derecho Civil URJC

"TOMANDO EL PULSO DE LAS MATRONAS": ¡ES COSA DE TODOS!

La Asociación Española de Matronas te invita a participar en la encuesta "Tomando el pulso de las matronas" que pretende recabar los datos necesarios sobre la situación actual de las matronas españolas para una próxima reunión en el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales. También te la haremos llegar a ti.

Con los resultados, podremos seguir reivindicando sobre todas las cuestiones que ya se han planteado y que necesitan un cambio y una mejora.

Tu sentir y opinión, la suya y la del otro…cuentan!. Tu participación es importante. Nos interesa a todos.

¿

Quieres que la situación de las matronas mejore

Quieres que se analicen las condiciones de trabajo

Quieres que se revise el modelo formativo

Quieres mayor autonomía en tu trabajo

?

Haremos todo por ayudarte. **AEM**

¡PARTICIPA!

Regalando unos minutos de tu valioso tiempo.

https://aesmatronas.com/encuesta2019/

¡MUY PRONTO EN WEB!

ALICANTE, 4 AL 6 JUNIO 2020

Mujer: tu salud es lo nuestro

CONGRESO 20 NACIONAL DE MATRONAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS 1978

www.aesmatronas.com

NACE UN BEBÉ DE 7 KILOS

Mientras el mundo entero contemplaba el Castillo de Windsor para ver al príncipe Harry y al bebé real de Meghan, en algún lugar de Nueva Zelanda, una mujer había dado a luz (anónimamente) a un bebé gigante. Nicolina Newcome, una mujer de 33 años, dio a luz hace unos días en un hospital de la ciudad de Hamilton. Y su bebé llamado Tobias tenía el doble de peso que un recién nacido normal. Con cerca de 7 kilogramos, aparentaba un año de edad, según el diario Waikato Times de Nueva Zelanda .

En este caso, la primera pregunta que se nos viene a a la mente es: ¿cómo salió un bebé tan grande? Bueno, el parto fue vaginal. Nicolina dice: "Salió primero y una vez que la matrona se dio cuenta del enorme tamaño, presionó el botón de emergencia e inmediatamente, varios médicos entraron y la ayudaron a resolver la distocia de hombros.

El plan inicial era que naciera en un centro de maternidad. Sin embargo, una vez que Newcombe llegó a las 42 semanas, fue inducida en el hospital de Waikato. Eso resultó ser un golpe de suerte porque el nacimiento no fue fácil.

La matrona que no creía lo que veían sus ojos y exclamó: " Es un bebé Hércules ". Y la madre del recién nacido está de acuerdo con ella. "Es un bebé Hércules. No creo que haya otro bebé de este tamaño ... Es bastante irreal ", agrega.

Según el Guiness Book of Records, el bebé más pesado que jamás haya nacido fue Babe, quien pesó 22 libras (9,97 Kg.) y nació de Anna Bates en Ohio, EE. UU., en 1879. Lamentablemente el magnífico recién nacido murió 11 horas después.

ALGUNOS DATOS CURIOSOS SOBRE EL NACIMIENTO DEL HIJO DE MEGHAN MARKLE

Varios medios británicos informaron de que un equipo de seguridad de Scotland Yard organizó una operación para que Meghan Markle diera a luz de la manera más secreta posible. La exactriz había expresado su deseo de que su hijo llegara al mundo en casa. Pero al parecer no pudo cumplirlo.

El alumbramiento se produjo las 5:26 (hora británica) después de que Markle fuera conducida secretamente a un hospital de Londres el domingo por la tarde. Se apunta a que fue ingresada en el hospital de Portland. Diversas fuentes afirman que la duquesa permaneció allí durante toda la noche y que probablemente se le indujo el parto, ya que llevaba más de una semana de retraso y a sus 37 años no era recomendable esperar más.

Al nacimiento asistieron Enrique de Inglaterra y la madre de la duquesa, Doria Ragland. Después de dar a luz, Markle y su bebé regresaron con la misma discreción a Frogmore Cottage.
Meghan contará con la ayuda de una matrona–partera (quien ha estado con ella desde el embarazo), además de un equipo de doctores, enfermeras y el ginecólogo real.
La matrona permanecerá al lado de la cuna del bebé. Por ejemplo, cuando nacieron los hijos de Kate Middleton, a ella le ayudaron tres matronas para cada uno.

Cada matrona ha jurado discreción y guardar el secreto de la corona.

La Reina Isabel II estará a favor de que Meghan alimente a su bebé con leche materna. La Reina Isabel II fue la primera mujer que empezó a motivar a que las mujeres de la realeza amamantaran a sus hijos, ella lo hizo con los suyos. Antes los miembros de la realeza creían que era impropio y peligroso amamantar a sus hijos y le pedían a señoras de la clase alta que lo hicieran por ellas.

Fuente : Dayly Mail

MATRONAS DE ALICANTE DAN TALLERES DE HIPNOTERAPIA PARA MEJORAR LA GESTIÓN EMOCIONAL DE LAS MAMÁS.

Matronas de los departamentos de salud del Vinalopó y Torrevieja (Alicante) ofrecen talleres de hipnoterapia para mejorar la gestión emocional de las madres.

Esta iniciativa pretende ofrecerles un espacio en el que dejar a un lado sus obligaciones y disfrutar de unos minutos de tiempo para cuidar de sí mismas. Más de un centenar de madres han participado en el ciclo desarrollado en los dos hospitales universitarios. La hipnosis es útil como coadyuvante; es decir, cuando se utiliza como una herramienta de apoyo capaz de mejorar el bienestar diario, destaca Ribera Salud en un comunicado. Las matronas, conscientes de la importancia que tienen los estados de ánimo en el bienestar de las mamás, han puesto en marcha este proyecto de hipnoterapia dirigido a madres de cualquier edad, sean de los departamentos o no. Ellas y sus parejas, así como todas las que eligen estos centros para dar a luz, cuentan con charlas, talleres e iniciativas para humanizar el proceso de embarazo, parto y puerperio. En las sesiones, las participantes han tenido la oportunidad de aprender pautas que les ayuden a mantener la energía, la alegría y el buen estado de ánimo. Y al mismo tiempo, favorecer la eficacia y eficiencia a la hora de transformar sus emociones y elegir pensamientos que les aporten bienestar y tranquilidad interior. Día a día, las madres desarrollan cumplen con infinidad de roles, un trabajo que cada vez es mayor y exige respuestas rápidas. Por ello, "anhelan momentos de descanso que les permitan conectar con ellas mismas", explican desde el grupo hospitalario. Para ello, ante la inminente conmemoración del Día de la Madre, los profesionales pretenden ofrecer a las madres un espacio en el que dejar a un lado sus obligaciones y disfrutar de unos minutos para cuidar de sí mismas. "Es posible que no puedan cambiar las circunstancias que rodean a nuestras pacientes con hijos, pero toda madre tiene el poder de transformar sus emociones y escoger aquellos pensamientos que les aporten paz y tranquilidad interior", ha resaltado la supervisora del paritorio de los departamentos, Elisa Isabel Ramírez.

Hormonas de la felicidad

De hecho, la maternidad es un periodo en el que la capacidad creativa e intuitiva de las mamás está en auge, con lo que fomentarla permite que las mamás y sus familias puedan vivir con más intensidad la conexión con su día a día. El trabajo emocional también genera endorfinas -hormonas capaces de producir felicidad- que permiten favorecen su bienestar. Los talleres están desarrollados por el matrón Alejandro Ojeda y pretenden ofrecer a las madres el tiempo necesario para dedicarlo a sí mismas. Esta programación de actividades se desarrolla a lo largo de todo el año en ambos hospitales, con sesiones para reforzar el bienestar emocional de las madres y poner en práctica técnicas de relajación y visualización que marcarán "un punto de inflexión en la vida de las mujeres". "Cuando cambiamos nuestra manera de pensar, también cambia nuestra manera de experimentar la vida. Cuando cambiamos nuestras actitudes hacia los demás, las actitudes de los demás hacia nosotros también cambian", señalan desde el grupo hospitalario. La hipnosis en sí misma no es una terapia; "nunca lo ha sido, ni hay evidencia que avale su utilización como tratamiento o única intervención", aunque es útil como coadyuvante, cuando se utiliza como una herramienta de apoyo capaz de mejorar el bienestar diario. Bajo este prisma, las sesiones permiten que el cuerpo libere endorfinas y las mamás se sientan mejor con ellas. El objetivo es que salgan de la rutina, se dediquen tiempo y aumenten el valor personal que permite a su organismo liberar estas 'hormonas de la felicidad'.

Fuente: Europa Press

PLANTILLAS DE MATRONAS AUN MAS DEFICITARIAS QUE LO PLANTEADO POR EL SATSE EN SU INFORME "Análisis de la situación de los enfermeros, enfermeras, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país"

Los servicios de salud vuelven a «suspender» a la hora de contar en sus plantillas con un número suficiente de matronas y matrones para ofrecer la atención y cuidados especializados que requieren las mujeres y criaturas recién nacidas. A tenor de los datos que desprende el estudio del Sindicato de Enfermería Satse « En concreto, del informe Análisis de la situación de los enfermeros, enfermeras, matronas y fisioterapeutas en los centros sanitarios del país» se desprende que el Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con 8.531 matronas y matrones,* lo que supone una ratio de 0,18 profesionales por 1.000 habitantes o un profesional por 10.000. De estos, un 91% son mujeres y un 9% hombres. Por rangos de edad, un 48 por ciento tiene entre 36 y 50 años; un 34 por ciento entre 51 a 65 y un 18 por ciento se sitúa entre los 20 y los 35 años.

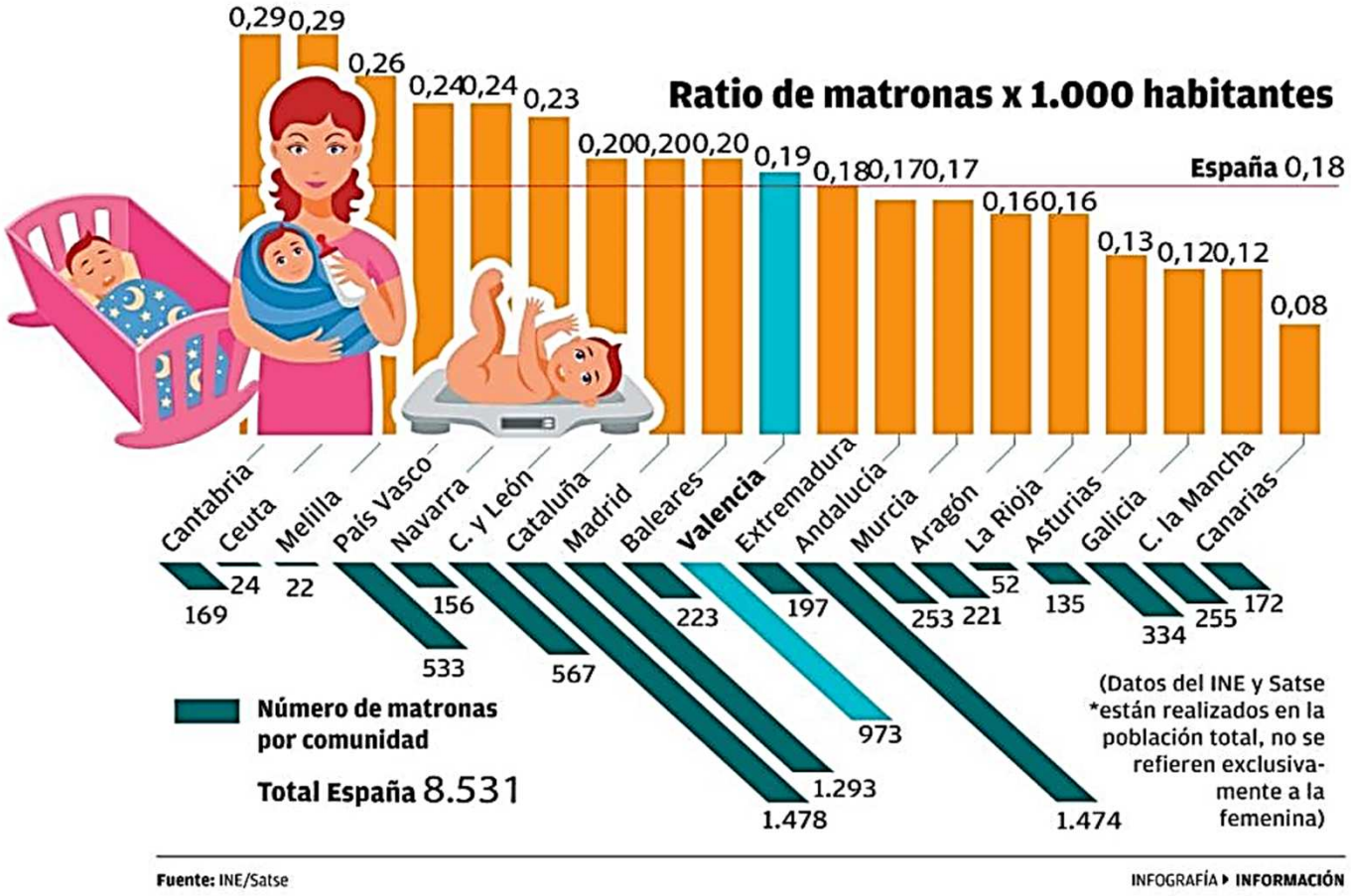
Sin embargo los datos aportados por el sindicato SATSE no se ajustan a la auténtica realidad, ciertamente entendemos que a día de hoy es harto complicado el saber exactamente las matronas que hay en activo en Atención Primaria y en Atención Especializada derivado del inexacto registro del número de profesionales con título de especialista (matrona) que el INE presenta y cuyo origen está en las inscripciones de los colegiados especialistas hechas en su colegio autonómico profesional y de ahí reenviada al Consejo General de Enfermería , organismo encargado de facilitar los datos al INE. Y es que dado que, una vez colegiado como enfermero no es imprescindible presentar la titulación de especialista, se infiere que en casi todas las comunidades exista un infra-registro de los especialistas, circunstancia que el propio INE expresa a pie de página de la estadística de Profesionales sanitarios colegiados 2017, sub apartado 8.6 Nº de Enfermeros con especialidad de Matrona por Comunidades, Ciudades autónomas y Provincias de colegiación, situación laboral y sexo:

" Los datos de Enfermeros con título de Matrona pueden estar infra-estimados, al no ser legalmente obligatorio estar colegiado en una determinada titulación de Enfermeros para poder ejercerla ".

De la misma manera se da la circunstancia de que hay colegiados que figuran como especialistas y no trabajan ni han trabajado como matronas, sino simplemente como enfermeros.

Por otra parte el INE aporta un número total de enfermeros especialistas con titulo de matrona, computando tanto el personal en no jubilado (que no quiere decir que esté en activo) como jubilado (aunque las cifras están desagregadas para su utilización). Se entiende que los especialistas jubilados ya no son fuerza de trabajo, salvo excepciones y por tanto deberían quedar excluidos de este cómputo.

***Aclaración: entendemos que los datos referidos corresponden al 2015, aunque según el INE el censo era 8547 matronas exactamente**



EL CASO CONCRETO DE CANTABRIA

En su informe el SATSE dice que " por comunidades autónomas, Cantabria es la que cuenta con más enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología en la Sanidad pública", con 0,29 profesionales por 1.000 habitantes. La presidenta de la AEM, Rosa M.ª Plata Quintanilla, matrona en plantilla en atención Especializada en Cantabria nos aporta los datos reales de la Comunidad que, difieren sustancialmente de los aportados por el sindicato por las causas apuntadas anteriormente y como es previsible, sucederá con el resto de comunidades.

Con los datos del 2015 que se infiere hayan sido los utilizados por le SATSE para realizar este informe los nuevos resultados ajustados son:

Nº Matronas en activo en el SCS en **2015:77** matronas (Podemos añadir a esta cifra según consta 2 jubiladas en el servicio privado = 79 matronas en total en activo en la comunidad de Cantabria .

Total población Cantabria 2015:

A 1 de Enero 2015: 583.549 habitantes

A 1 de Julio 2015: 585.359 habitantes

Media año 2015 Población Cantabria: 584.454 habitantes

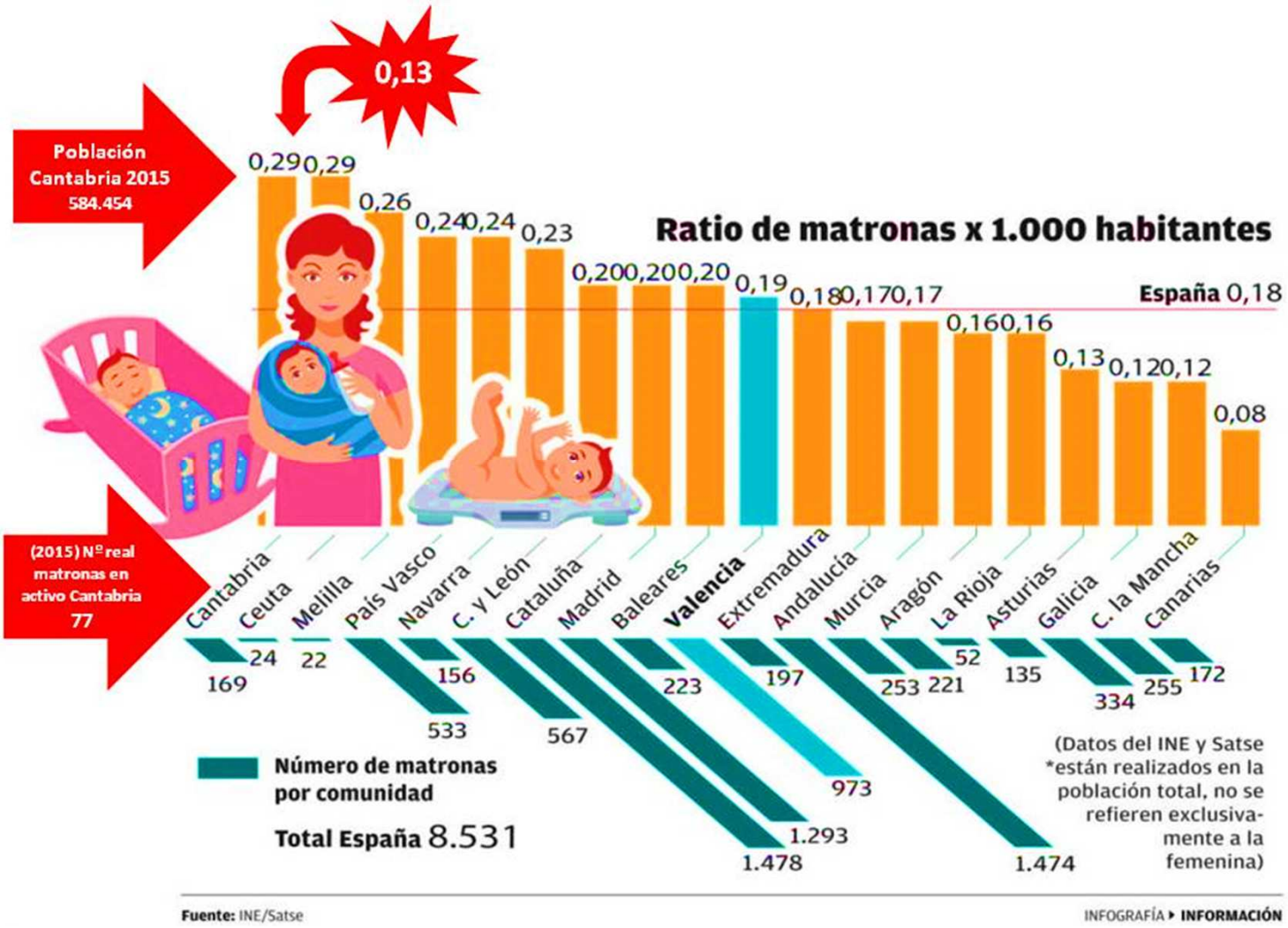
Tas**a matronas x 1.000 habitantes (2015) = 0,135** frente al 0,28 publicado.

Tasa Matronas x 100.000 habitantes (2015) = **13,1**5 frente al 108,23 publicado *

*** Datos I NE con nº total matronas no jubiladas (137) Según los últimos datos (2017) la situación actual de Cantabria**

Nº Matronas en activo en el SCS en 2017 =79 matronas (Podemos añadir a esta cifra según consta 2 jubiladas en el servicio privado = 81 matronas en total en activo en la comunidad de Cantabria .
Total población Cantabria 2015=
A 1 de Enero 2017 = 581476. habitantes
A 1 de Julio 2017 = 580.927 habitantes
Media año 2015 Población Cantabria: 581.201habitantes
Tasa matronas x 1.000 habitantes (2017) = 0,139 frente al 0,28 publicado.
Tasa Matronas x 100.000 habitantes (2017) = 13,19 frente al 117,34 publicado *

Rehaciendo los cálculos en el caso de Cantabria que partía como la comunidad autónoma más favorecida en cuanto al número de matronas por 1000 habitantes, los cálculos se han rebajado sensiblemente con los datos reales del número de matronas en activo en la comunidad , hecho que viene a reforzar la denuncia que hace el sindicato de enfermería en cuanto a que las comunidades autónomas siguen sin responder a las necesidades de las mujeres en lo que respecta a su salud sexual, reproductiva y maternal.



*** Datos I NE con nº total matronas no jubiladas (144)**

Satse asegura que " la situación óptima sería que cada matrona tuviera que atender a un máximo de 1.100 personas o, en todo caso, no superar las 1.400, lo que supondría que Cantabria queda mucho más lejos de los cálculos que aportó el sindicato al respecto para la comunidad y previsible para el resto.

Sin embargo este ratio no nos parece adecuado para evaluar la actividad de la matrona que, entendemos se circunscribe a la atención a la mujer (y el recién nacido hasta los 28 días) y por tanto, sería más adecuado establecer:

Tasa matronas / 1.000-100.000 mujeres

Tasa matronas / 1.000-100.000 mujeres en edad fértil

Tasa matronas / 1000 nacimientos (parto)

Nº Matronas en activo en el SCS en **2018=81** (Podemos añadir a esta cifra según consta 2 jubiladas en el servicio privado.

83 matronas en total en activo en la Comunidad de Cantabria.

Tasa matronas / mujeres

Total población Mujeres Cantabria 2018 =

A 1 de Enero 2018 = 297.670

A 1de Julio 2018 = 297.631

Media año 2018 Mujeres Cantabria:297.650

Tasa matronas x 1.000 mujeres (2018) = 0,27

Tasa Matronas x 100.000 mujeres (2018) = 27,21

Sin otros datos más actualizados de la OECD, en un análisis realizado por esta en 2009 la tasa de matronas media en Europa x 100.000 mujeres era de **69,8.**

Tasa matronas / mujeres en edad fértil

Total Mujeres (15-49) Cantabria 2018:

A 1 de Enero 2018 = 122.035

A 1 de Julio 2017 = 122.753

Media Mujeres (15-49) 2018 Cantabria: 122.394

Tasa matronas x 1.000 mujeres edad fértil (2018) = 0,66

Tasa Matronas x 100.000 mujeres edad fértil (2018) = 66,17

Tasa matronas / 1000 nacimientos

4118/ nacimientos / 2017 Cantabria

4057 partos/ 2017 Cantabria

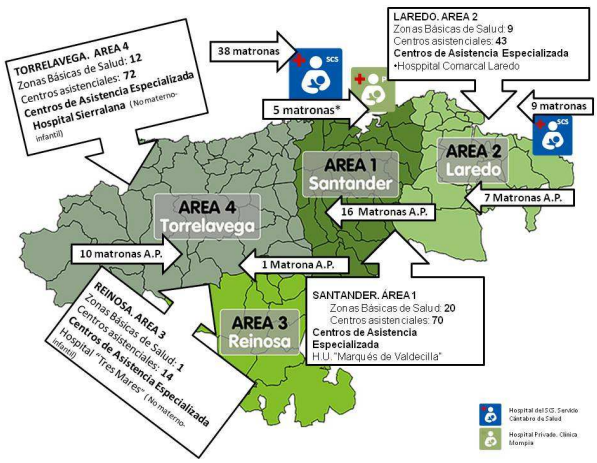
Tasa matronas x 1000 nacimientos = 19,66

Según el informe OECD (2009) antes mencionado , la tasa de matronas media en Europa x 1.000 nacimientos era de 25,9 mientras que en nuestra comunidad es de **19,66.**

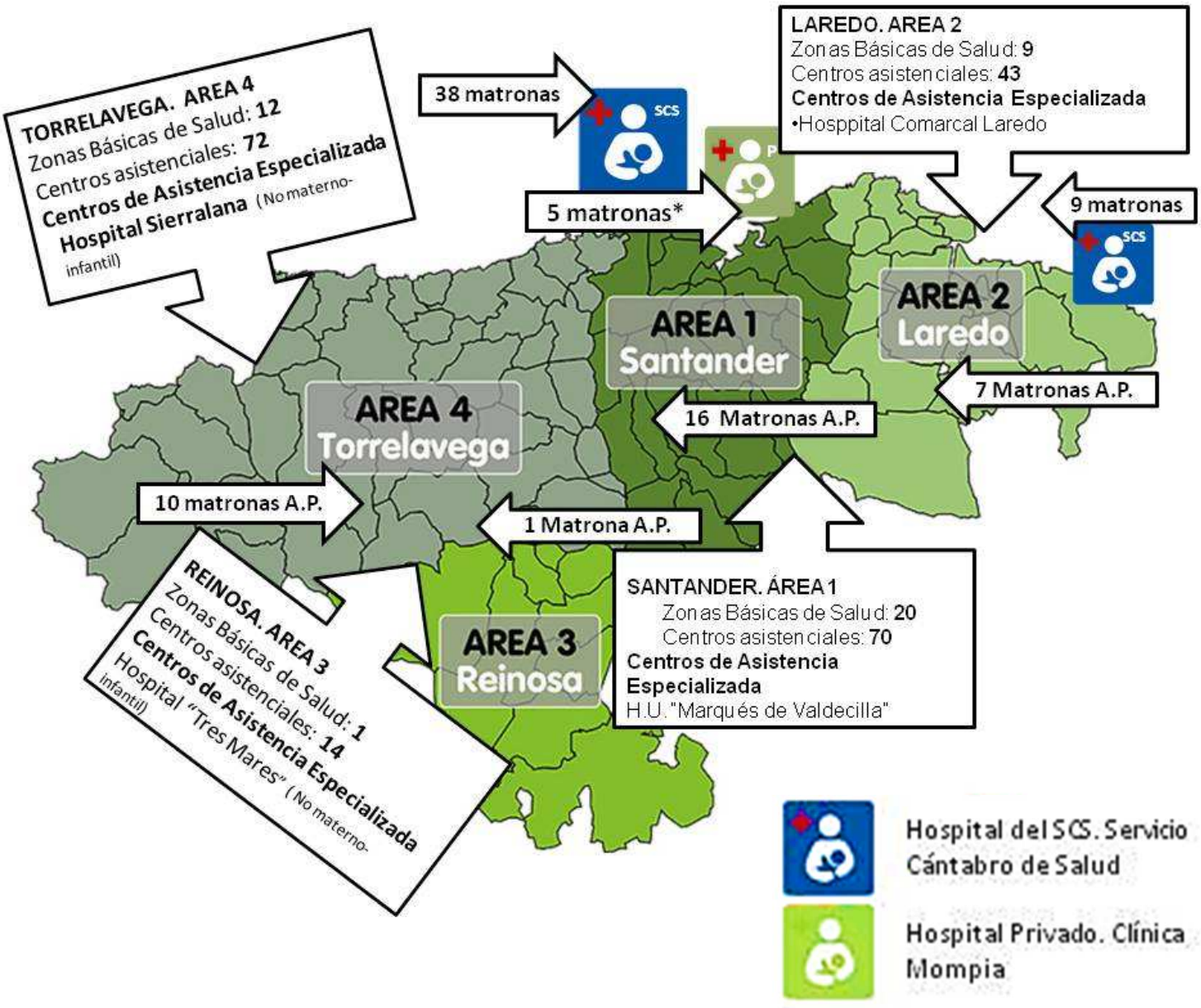
Aunque esta tasa también debería ajustarse a la asistencia eliminando del cómputo a las matronas de atención primaria que, si bien vigilan los embarazos normales no tienen parte activa en la asistencia al parto y nacimiento.

De esta forma, **49** matronas de Atención Especializada atendieron los 4118 nacimientos/ 4057 partos en Cantabria 2017, lo que arroja una tasa de matronas x 1000 nacimientos/ partos: **11,89/12,07 respectivamente**

VER MAPA SANITARIO DE CANTABRIA EN PAGINA SIGUIENTE EN TAMAÑO LEGIBLE



MATRONAS EN CANTABRIA POR AREAS



INFORMACIÓN

https://www.isa2019madrid.com/es/bienvenido-a-isa2019-madrid/

AVANCE DE PROGRAMA

PRINCIPALES TEMAS Y ENFOQUES

Experiencias de las madres y los padres con la atención sanitaria
La mejora de la calidad de la atención a través del desarrollo e implementación de estándares de buenas prácticas y guías de atención
Cuidados paliativos perinatales y neonatales
La asistencia sanitaria tras la detección de anomalías fetales limitantes la vida (diagnóstico, asesoramiento y toma de decisiones, apoyo)
Causas y factores de riesgo de la mortalidad perinatal
Estrategias de prevención de la mortalidad perinatal
Clasificación, investigación y auditoría de la mortalidad perinatal
Embarazo después de la pérdida
Apoyo en la comunidad: seguimiento de la atención, asociaciones y grupos de apoyo
El duelo perinatal: experiencias personales y sociales del duelo

AVANCE DE PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

Planificación y gestión del parto centrada en la mujer (comunicación y toma de decisiones, tipo de parto, gestión del dolor, uso de sedantes, etc.)
Cuidados puerperales (manejo de la lactancia, donación de leche)
Disposición respetuosa del cuerpo: prácticas y bioética en la disposición del cuerpo y manejo de los restos/tejidos
El marco jurídico de la mortalidad perinatal: personalidad jurídica y social, legislación en materia de cuidados, penalización de la muerte intrauterina
Cuidados/rituales posparto después de la muerte intrauterina o neonatal (ver y cuidar al bebé, la conservación de objetos de memoria y la toma de fotografías).
Experiencias de los profesionales sanitarios en materia de la muerte perinatal, sistemas de apoyo a los profesionales
El impacto socioeconómico de la muerte perinatal
Diagnóstico y comunicación de malas noticias

PONENCIAS PRINCIPALES

La atención respetuosa al duelo en las unidades de obstetricia y neonatos
Ponente: Sue Steen (Enfermera Perinatal Especialista, Maple Grove Hospital; Profesora Asociada de Enfermería, Bethel University, EEUU)
Investigación de la muerte perinatal desde la perspectiva del patólogo: consideraciones clínicas y la comunicación con las madres y los padres
Ponente: Dra. Marta Cohen (Patóloga Pediátrica y Perinatal Senior, Sheffield Children's Hospital; Profesora Honoraria, University of Sheffield, Reino Unido)
Detección, gestión, desafíos e innovaciones en la atención clínica de la restricción del crecimiento fetal (RCF/PEG)
Ponente: Dr. Francesc Figueras (Jefe del Departamento de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínic (Barcelona); Profesor Asociado de la Universidad de Barcelona, España)
El duelo perinatal e estigma
Ponente: Dra. Samantha Murphy (Médico sociólogo, Directora del área curricular de Salud y Asistencia Social, Open University, Reino Unido)
Hallando nuevos predictores para la restricción del crecimiento fetal
Prof. Gordon Smith (Departamento de Obstetricia y Ginecología, University of Cambridge, Reino Unido)
Ética y toma de decisiones en la atención perinatal: un enfoque en las anomalías fetales limitantes de vida y los cuidados paliativos perinatales

SESIÓN PLENARIA 1. INNOVACIONES EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal: ¿dónde estamos y qué más podemos hacer?
Ponente: Dra. Hannah Blencowe (Epidemióloga Clínico y Perinatal, Profesor Adjunto, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido)
Prevención de la muerte intrauterina en países con baja mortalidad: estrategias centradas en las mujeres y sus parejas
Ponente: Dra. Jane Warland (Matrona, Escuela de Enfermeria y Matroneria, University of South Australia)

Estudio de caso: reducción de la mortalidad perinatal en Sudáfrica
Ponente: Dra. Salome Maswime (Obstetra, Investigadora Becaria en MGH/Harvard, EE.UU y Profesora Asociada en WITS, Sudáfrica)
Estudio de caso: reducción de la mortalidad perinatal en los Países Bajos
Ponente: Prof. Jan Jaap Erwich (Jefe de Obstetricia, University Medical Center Groningen, Países Bajos)

SESIÓN PLENARIA 2. ENFOQUES SISTÉMICOS EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL: DESARROLLO DE ESTÁNDARES DE BUENAS PRÁCTICAS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN

Desarrollo e implementación de los estándares nacionales en Irlanda para la atención al duelo después de la pérdida gestacional o neonatal
Ponente: Dra. Keelin O'Donoghue (Obstetra/Ginecólogo Senior, Cork University Maternity Hospital; Senior Lecturer, University College Cork, Irlanda)
Muerte perinatal: ¿están capacitados los profesionales para atender las necesidades de las mujeres y sus familiares?
Ponente: Dra. Claudia Ravaldi (Psiquiatra, Ciaolapo, Italia)
Desarrollo e implementación del programa iSAIL (Integrated Support After Infant Loss) en el Hospital Royal Prince Alfred
Ponente: Dra. Adrienne Gordon (Neonatólogo Especialista Senior, Royal Prince Alfred Centre for Newborn Career; NHMRC Early Career Fellow, University of Sydney, Australia)
Protocolo de intervención Psicológica llevado a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (México) a los padres que han sufrido una pérdida perinatal
Ponente: Dra. Cecilia Mota González (Psicóloga, Instituto Nacional de Perinatología, México)

SEDE:
Facultad de Filología, Edificio de Humanidades, de la UNED.
Paseo Senda del Rey, 7
Ciudad Universitaria,
Madrid.

FORMACIÓN AVANZADA EN LACTANCIA MATERNA.

La Formación Avanzada en Lactancia Materna integra todos los criterios necesarios para conseguir tanto las habilidades como las competencias necesarias, y poder avanzar y afianzar los conocimientos de Lactancia.

Cada vez más profesionales intentan especializarse en Lactancia Materna, teniendo como modelo en esta especialización el llegar a ser Consultores Internacionales en Lactancia, el profesional de salud **mejor preparado y formado** para proporcionar ayuda especializada en Lactancia Materna.

Siendo la matrona el profesional clave y de referencia, tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna, no existen muchas matronas que obtengan esta certificación.

Este curso permitirá a las matronas que lo realicen poner en valor su práctica clínica en lactancia, y además, si lo desean, postular con garantías al examen de IBCLC.

Alguno de los aspectos más interesantes de este curso son los siguientes:

En primer lugar es un curso diseñado y desarrollado por expertos IBCLC, muchos de los cuales son matronas.

Tiene un doble objetivo:

Constituye la formación más completa en lactancia materna que existe actualmente: el curso completo consta de 45 temas, completamente actualizados, acordes a la evidencia actual y algunos de ellos muy novedosos.

El curso está diseñado y desarrollado para poder presentarse al examen de IBCLC.

Tiene las siguientes acreditaciones y reconocimiento:

Créditos de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias: el curso cuenta con 360 horas y 42 créditos CFC.

Es una actividad reconocida de interés por la **"Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)"** con nº de registro 013/2018.

Se han solicitado los créditos CERPS.

El formato.

Está dividido en 9 módulos progresivos para que pueda realizarse más cómodamente.

Es un curso que se realiza mediante plataforma e-learning on line, y cuenta con tutorías personalizadas, actividades, vídeos, chats y todo aquello que la tecnología nos permite.

Además el curso está acompañado por el nuevo **Manual de Lactancia Materna**, un libro editado en 3 volúmenes, que acompaña al curso y que contiene más de 1500 preguntas.

La matrícula permanecerá abierta durante todo el mes de abril, aunque se puede comenzar desde el día 15 de abril, y finaliza el día 7 de octubre.

Asociación Española de Matronas tiene un convenio de colaboración con la plataforma e matrona, y gracias a ello todas **las socias podemos beneficiarnos de un 5 % de descuento en este curso.**

Toda la información en:

Formación Avanzada en Lactancia Materna.

Puedes descargarte un documento con información más detalla sobre el mismo en el siguiente enlace: Presentación del curso Formación Avanzada en Lactancia Materna.

Solicitar información por correo electrónico a formacion@ematrona.com .

Atención vía telefónica en el número 682 845 142.

PROGRAMA POSGRADO "GENÉTICA CLÍNICA APLICADA"

1.- INTRODUCCION

En el ejercicio de las Ciencias de la Salud, tanto en las especialidades clínicas como quirúrgicas, es muy frecuente tener que valorar información y datos relacionados con la Genética, debido a que las enfermedades de base genética tienen una incidencia de primer orden en el ámbito de la salud. Su potencial de acción se extiende a casi todas las ramas de la atención sanitaria y en todas las fases del ciclo vital. Si bien es cierta su importancia en pediatría y obstetricia, no es menos cierto que su significación en la asistencia de adultos tiene hoy día un enorme impacto, ya sea en enfermedades neurodegenerativas, cáncer, trastornos renales, metabólicos, dermatológicos y un largo etc.
La Genética Clínica da soporte a las diferentes especialidades médicas para la indicación, interpretación y seguimiento de las pruebas relacionadas con alteraciones y enfermedades de base genética.

2.- INFORMACIÓN GENERAL

MODALIDAD. Programa Online
DIRIGIDO A. Médicos de familia, médicos de diferentes especialidades clínicas y matronas que, en el desempeño de su actividad, atienden pacientes con diagnóstico o sospecha diagnóstica de enfermedades hereditarias y gestantes que necesitan información.

OBJETIVO

Dotar a los profesionales que atienden pacientes con diagnóstico o sospecha diagnóstica de enfermedades hereditarias de los conocimientos y herramientas básicos existentes en el ámbito de la Genética y la Genómica.

ACREDITACIÓN
4 ECTS - Fundación General Universidad de Alcalá, 12, 8 CFC (Comisión Nacional de Formación Continuada)
AVAL CIENTÍFICO
Asociación Española de Diagnóstico Prenatal

3.- CONTENIDOS
MÓDULO 1
Introducción a la Genética Clínica y tipos de herencia.
Conocer los conceptos básicos de genética necesarios para poder entender la patofisiología de las enfermedades genéticas, los tipos de herencia más frecuentes y las aplicaciones clínicas más utilizadas hoy en día para el manejo de las enfermedades genéticas.
MÓDULO 2
Estructura del Genoma Humano.
Conocer la estructura y organización del genoma, así como la codificación y organización de la información en el mismo. Además, también se introducirán los conceptos fundamentales sobre los diferentes tipos de alteraciones genéticas.
MÓDULO 3
Técnicas de análisis genético: principios básicos orientados al clínico.
Describir las técnicas utilizadas para el diagnóstico genético en función de la enfermedad que se quiere diagnosticar. Los defectos genéticos responsables de enfermedad son diferentes para cada patología. Las técnicas de diagnóstico, por lo tanto, varían en función del trastorno que se pretende analizar.
MÓDULO 4
Enfermedades monogénicas: enfoque diagnóstico e interpretación de resultados.
Trabajar la sistemática en el análisis y valoración diagnóstica de las enfermedades monogénicas, así como el análisis del adecuado enfoque diagnóstico

en diferentes casos prácticos de distintas enfermedades hereditarias.

MÓDULO 5

Citogenética y alteraciones cromosómicas.

Describir las pruebas citogenéticas, así como las diferentes indicaciones y limitaciones de las mismas. También se trabajará qué y cuándo solicitar cada una de las pruebas de genética.

MÓDULO 6

Interpretación de informes de estudios citogenéticos. Trabajar las habilidades básicas para comprender e interpretar un informe de resultados de los estudios citogenéticos.

MÓDULO 7

Interpretación de informes de estudios de genética molecular.

Analizar mutaciones con el propósito de establecer su patogenicidad y con ello, sabremos cómo interpretar un informe de resultados de un estudio de genética molecular.

MÓDULO 8

Historia clínica y familiar: el árbol genealógico como herramienta diagnóstica.

Evaluar una historia clínica, obtener la historia familiar y elaborar un árbol genealógico con el objetivo de determinar los patrones de herencia y usar los recursos y herramientas disponibles para orientar el diagnóstico genético.

MÓDULO 9

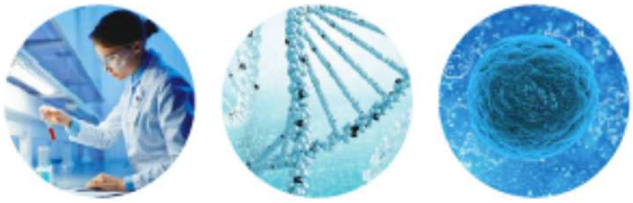
Genética y embarazo: indicación y limitaciones de las pruebas actualmente existentes en la práctica clínica.

Trabajar el Consejo Genético preconcepcional, prenatal y reproductivo y las indicaciones de los estudios genéticos recomendados en el ámbito de la reproducción (natural y asistida).

MÓDULO 10

Bases Genéticas del Cáncer.

Describir las bases genéticas del cáncer y los principales tipos de genes de alta predisposición relacionados con el mismo. Por otra parte, se describirán los aspectos fundamentales del cáncer



hereditario, las indicaciones del estudio genético en los mismos y el consejo genético en este tipo de patologías.

MASTER CLASS ONLINE.

Interpretación de informes de estudios de Genética Molecular.

CASO PRÁCTICO

4.- METODOLOGÍA

El curso se desarrolla por profesionales de primera línea en el ámbito de la genética clínica, focalizados en la transmisión del conocimiento desde la práctica.

En cada uno de los módulos el alumno dispone de los materiales multimedia diseñados para el curso. La metodología contempla el seguimiento del aprendizaje por el equipo docente en el Aula Virtual con diferentes actividades.

Los participantes podrán compartir con los profesionales casos de la práctica clínica diaria.

En el espacio dedicado al aprendizaje colaborativo del alumno dispondrán de material complementario, enlaces y otros recursos que mejorarán su aproximación a la genética clínica de forma activa y participativa.

TODA LA INFORMACIÓN EN:
https://ceisal.com/aula-virtual/

LA ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS, HA CELEBRADO SUS XXII JORNADAS DE FORMACIÓN CONTINUADA, BAJO EL LEMA: **“MATRONAS APRENDIENDO PARA EDUCAR EN SALUD”.**

La Asociación Profesional de Matronas Extremeñas, ha organizado sus XXII Jornadas de Formación Continuada, bajo el lema: “ Matronas aprendiendo para educar en salud”. Los días 16 y 17 de Mayo de 2019 y con motivo del Día Internacional de la Matrona, en la ciudad de Don Benito

Para la celebración de estas Jornadas nos hemos marcados unos objetivos: el primero, que sea un lugar de encuentro científico y social, donde compartir e intercambiar vivencias entre matronas, así como la actualización e intercambio de conocimientos; el segundo, analizar y reflexionar sobre los cambios sociales y las nuevas demandas; Además como objetivo prioritario, pedimos el compromiso a los líderes mundiales y a nuestro Consejero, Gerente y demás políticos que nos acompañaron, que inviertan en matronas, que valoren las líneas de evolución para poner en valor y desarrollar nuestras competencias, y así ocupar los puestos de trabajo que nos corresponden.

En cuanto al Programa Formativo consideramos que ha tenido un alto nivel científico, y estupendos ponentes, muy didácticos y conocedores de los temas. Entre ellos***: Eva García***, Nutricionista: **“Mitos y verdades sobre alimentación en la gestación”,** ***Elena Casado***, Matrona: “Integración del apoyo a la Lactancia en AP mediante grupos de madres”, ***Elisa Cisneros,*** Bióloga: **“Actualización de las vacunas en la mujer y niño”.**

Mesa de Buenas Prácticas de APMEX, con 4 matronas extremeñas: ***Blanca Díez***: **“Cooperación internacional. Una experiencia personal”,** ***Cristina Franco***

Premio ICM: **"De Cáceres a Paraguay. Promocionar la Lactancia materna mediante una intervención motivacional breve".**

Henar García: **"La matrona como educadora en ginecología. Aplicación de dispositivos intravaginales como tratamiento",** Juani Cordón: **"Educación en sexualidad para preadolescentes y adolescentes, un proyecto llevado a los Colegios e Institutos".**

También tuvimos un taller de **Coaching**, impartido por ***Mª Paz Riol y Beatriz García*****,** así como otra ponencia sobre **"Actualización en Anticoncepción"** y la presentación del **"Manual para la Matrona en seguridad de la embarazada y el RN hasta los 28 días"** un manual elaborado por matronas y para matronas, presentado por uno de los autores, ***David Martínez.***

En resumen, podemos decir que con más de 100 matronas, han sido unas Jornadas de las que nos sentimos orgullosas de como se han desarrollado, del alto nivel de participación, del grado de satisfacción, y de la emoción de las/os asistentes, al recibir la noticia de que **las Matronas Extremeñas seremos las anfitrionas del Congreso Nacional de Matronas, los días 20, 21 y 22 de Mayo de 2021 en Cáceres.**

Dña. Isabel Manzano Alonso, presidenta de APMEX con el Consejero D. José María Vergeles Blanca.

EMPLEO MATRONAS EN EL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL **ROTUNDA,** UBICADO EN DUBLÍN (IRLANDA)

Salario es a partir de 29,346 €.

Además ofrece:

- Contrato permanente a tiempo completo (39 h semanales)
- Desde 24 hasta 32 de vacaciones
- Vuelo gratuito desde España
- Devolución de tasas de NMBI
- Alojamiento gratuito por 8 semanas
- Oportunidades de hacer cursos de postgrado y desarrollo profesional
- Descuento en seguro médico
- Diferentes descuentos a empleados
- El hospital está ubicado en una zona de fácil acceso

Para participar en el proceso de selección es necesario que los candidatos cumplan con los siguientes requisitos:

- Grado de Matrona
- Estar registrado en el NMBI o haber aprobado el examen del IELTS/OET*
- Experiencia antes del parto / después del parto

Los candidatos que cumplan con los requisitos pueden hacer las entrevistas vía Skype.

María José Díaz Ochoa Recruitment Consultant
Ph: +353 148 25445
Email: maria.ochoa@cplhealthcare.com

***Notas necesarias para aprobar los exámenes:**

IELTS Academic Test	Minimum scores
Listening	6.5
Reading	6.5
Writing	7.0
Speaking	7.0
Overall	7.0

OET	Minimum scores
Listening	C+
Reading	C+
Writing	B
Speaking	B

Los candidatos interesados en participar en el proceso de selección que no estén registrados en el NMBI pueden solicitar ayuda económica a EURES, esta organización ofrece 2000€ (para cursos y examen) a los interesados en trabajar en Irlanda.

Para saber cómo funciona el Programa EURES, las diferentes ayudas y los diferentes gestores pueden echar un vistazo a este link: https://ec.europa.eu/eures/public/es/your-first-eures-job-js

Organizado por:
Unidad de Ginecologia y Oncologia del Hospital Clínico de S. Carlos
Instituto de Salud de la Mujer "José Botella Llusiá"
Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

TODA LA INFORMACIÓN EN:
www.aymom.es/jornadacolposcopia2019

12-14 DE SEPTIEMBRE DE 2019. WINDHOEK, NAMIBIA

La Conferencia Regional de África de la ICM se centrará en el desarrollo de habilidades, conocimientos y práctica de las matronas en la región.
Las matronas tendrán la oportunidad de establecer contactos y discutir temas regionales relacionados con la salud materna y neonatal, así como el desarrollo de la profesión de partería.

- Fecha límite de envío de resúmenes 10 de abril de 2019.
- Período de revisión 15 de abril - 15 de mayo de 2019
- Período de moderación del 15 de mayo al 3 de junio de 2019.
- Presentación de las notificaciones de los autores que se enviarán del 3 al 7 de junio de 2019
- Programa preliminar publicado - finales de junio de 2019

http://www.midwivesnamibia2019.org/

abstracts@midwivesnamibia2019.org.

TALLERES

TALLER 1 DE PRECONGRESO: CRECIMIENTO FETAL EN EMBARAZO GEMELO
TALLER PRECONGRESO 2: INVESTIGADORES DE CARRERA TEMPRANA
TALLER 3 DE PRECONGRESO: GESTIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE NACIMIENTOS MÚLTIPLES.
TALLER PRECONGRESO 4: TERAPIA FETAL EN EMBARAZO MÚLTIPLE
TALLER DE PRECONGRESO 5: GRUPO DE TRABAJO DE COHORTS DE NACIMIENTO
TALLER 6 PRECONGRESO: SIMULACIÓN: ENTREGA VAGINAL TWIN

AVANCE DE PROGRAMA

SESIÓN PARALELA 1A: MORTALIDAD PERINATAL Y MORBILIDAD EN EMBARAZO MÚLTIPLE
Mortalidad perinatal en gemelos
¿Cuál es la mejor manera de gestionar la muerte de un solo gemelo?
¿Qué causa la muerte o daño neurológico al co-gemelo?

SESIÓN PARALELA 1B: MÉTODOS EMERGENTES EN DOS INVESTIGACIONES
Estimación (sin límites) de componentes de varianza Modelos de ACE: un cambio en la metodología
Genotipos no transmitidos / método virtual-padre
Modelación causal en estudios de gemelos.

SESIÓN PARALELA 2A: ASPECTOS PERICONCEPCIONALES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE
Directrices de la FIGO sobre el manejo del embarazo gemelar.
Nutrición óptima en el embarazo de gemelos.
Exámenes periconcepcionales en pacientes con FIV en riesgo de hermanamiento
¿Necesitamos más pruebas biomédicas y biofísicas para seguir un embarazo de gemelos?
Trampas en la evaluación de la corio-amnionidad
La placenta en el embarazo gemelar complicado.

AVANCE DE PROGRAMA (CONTINUACIÓN)

SESIÓN PARALELA 2B: COMPLICACIONES RELACIONADAS
Resultado de un embarazo gemelar complicado: ¿cómo aconsejar a los padres?
Morbilidad del neurodesarrollo en gemelos monocoriónicos
Las características de IUGR en gemelos
Gemelos y resultados del desarrollo neurológico: el efecto de la FIV, la restricción del crecimiento fetal y el parto prematuro
Debate: Todos los gemelos complicados deben tener un seguimiento a largo plazo

SESIÓN PARALELA 2C: GRANDES ESTUDIOS COLABORATIVOS EN TWIN BIRTH COHORTS
Cohorte de nacimiento gemela GEMINI: una cohorte de nacimiento gemela del Reino Unido centrada en las trayectorias de peso en la primera infancia
Causas y consecuencias del tamaño del nacimiento en un contexto internacional: el proyecto CODATwins
Estudio doble de E-RISK: Riesgo ambiental (E-Risk) Estudio longitudinal de gemelos de los trastornos del comportamiento infantil
Una colaboración a nivel mundial de cohortes gemelares de nacimiento y otros estudios sobre la agresión infantil: el proyecto ACCIÓN
Dos cohortes de nacimiento y orígenes de desarrollo de la salud y la enfermedad (DOHaD)

SESIÓN PARALELA 3A: CUESTIONES OBSTETRICAS EN DOS EMBARAZOS: EVALUACIÓN PRENATAL Y DIAGNÓSTICO
NIPT en el embarazo de gemelos
Predicción del primer trimestre en gemelos
Ultrasonido en gemelos en los primeros trimestres.
MCDA gemelos con genotipos discordantes
Anomalías cardiovasculares funcionales y adquiridas en gemelos monocoriónicos.
Predicción y prevención de síndromes obstétricos mayores en embarazos gemelares.

SESIÓN PARALELA 3B: ESTUDIOS GENÓMICOS DE RUTAS COMPLEJAS: EL VALOR DE LOS GEMELOS
Genética de rasgos complejos y estudios de gemelos: la visión desde Hong Kong
Puntuaciones de riesgo poligénico en gemelos.
Gemelos en GWAS (genome-wide association studies)
Pruebas prenatales no invasivas

SESIÓN PARALELA 4A: PRETER NACIMIENTO Y PREMATURIDAD - Sesión de la Academia Escolar PREIS
Detección del parto prematuro en el embarazo de gemelos
Progesterona para la prevención del parto prematuro en gemelos
Cerclaje para la prevención del parto prematuro en gemelos.
Pesario para la prevención del parto prematuro en gemelos
Corticosteroides y sulfato de magnesio en gemelos: ¿dónde está la evidencia?

SESIÓN PARALELA 4B: ESTUDIOS TWIN "OMICS"
Microbiomas
Epigenomas
Epigenética y determinación forense de identidad en gemelos MZ
MicroARN sin células
Secuenciación en gemelos MZ

BUSCAMOS MÉDICOS DE FAMILIA, PEDIATRAS, DERMATÓLOGOS, MATRONAS, ENFERMER@S, FARMACÉUTIC@S Y ODONTÓLOGOS PARA MISIÓN SANITARIA EN SENEGAL

PERFIL DEL VOLUNTARIO/A

Buscamos personas cualificadas, dispuestas a comprometerse a trabajar en el antes, durante y después de la misión en el terreno. Sin tu participación en las labores previas (elaboración de protocolos de actuación, de manuales formación, recogida de material y apoyo a farmacia, búsqueda de fondos, etc.) la misión no podrá llevarse a cabo, y sin tu colaboración en el trabajo a posteriori (elaboración del informe médico final) el proyecto perderá eficacia.

Debes ser consciente de que no se trata de unas vacaciones solidarias, las condiciones de vida allí son muy básicas y el trabajo siempre será retador. Trabajamos en casas de salud con unos recursos muy limitados, una zona rural con infraestructuras muy básicas y cuya población presenta culturas e idiosincrasias diferentes. Por ello deberás seguir unas determinadas normas que velarán por la continuidad del proyecto.

Trabajarás con personas de ideologías diferentes, compartirás el espacio de trabajo y la vivienda con otros compañeros, por lo que deberás ser muy respetuoso. Debes saber que el contexto de los proyectos, e incluso tu trabajo, pueden cambiar de forma imprevista, por lo que la flexibilidad y la capacidad de adaptación son cruciales.

CONDICIONES DEL VOLUNTARIADO

Lugar: El desarrollo de esta misión sanitaria se llevará a cabo en los dispensarios del distrito rural de Dindefelo, ubicados en la región de Kedougou (Senegal).

Fechas: Previsiblemente de 5 a 19 de julio de 2019. (Salida desde Madrid)

Costes: África Sawabona mantiene el compromiso de destinar el 100% de las donaciones al proyecto. Es por ello que todos los voluntarios asumimos nuestros propios costes (vuelo, alojamiento y manutención, transporte en el terreno, seguro viaje, etc.).

Costes estimados por persona: 900 – 1000€

(Vuelo: 500€, alquiler autobús y 4 × 4: 200€, alojamiento y manutención: 13€/día, etc.)

CONTACTO: **info@africasawabona.org**

*Previsiblemente del 5 al 19 de julio de 2019

NOTICIAS DE SIMAES

SIMAES RECLAMA AL SES EL ABONO DE COMPLEMENTOS PARA LAS MATRONAS DE ÁREA DESDE 2015.

El SES no incluye en el cómputo de tarjetas a las mujeres de más de 65 años.

El Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES) ha cursado una reclamación formal, dirigida al Consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, en la que se denuncia que el SES excluye, sistemáticamente, del cómputo de mujeres asignadas para el abono del complemento de productividad, todas aquellas que han cumplido los 65 años de edad.

El SES debería utilizar para el abono mensual del complemento de productividad de las Enfermeras Especialistas en Obstetricia y Ginecología (Matronas/es) de Área, según sus propias instrucciones internas, dos variables: el número de zonas de salud que se cubre y el número de mujeres asignadas. De las denuncias recibidas en el sindicato se deriva que el número de mujeres asignadas figura sesgado en la franja etaria, comprendiendo únicamente las mujeres entre los 14 y los 65 años de edad. Se constata así que no se tiene en cuenta que la Matrona es el profesional sanitario que proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud.

En la reclamación se ha hecho constar que incluso, en las instrucciones publicadas anualmente por el Director Gerente del SES para la confección de las nóminas del personal (Resolución del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal estatutario, funcionario, eventual, laboral y directivo del S.E.S.), únicamente se establece como condición, a efectos del cómputo, una edad mínima de 14 años.

Como quiera que esta irregularidad se viene produciendo, invariablemente, desde hace más de cuatro años, se reclama que se proceda de inmediato a la supresión inmediata de la restricción del cómputo de mujeres asignadas, incluyendo en su determinación a todas las mujeres mayores de 14 años de la zona asignada a cada Matrona, procediendo, en el caso que corresponda, a la regularización del complemento, con carácter retroactivo, desde el 01 de Junio de 2015.

NOTICIAS DE SIMAES

ESPAÑA SUFRE UNA ESCASEZ ENDÉMICA DE MATRONAS Y URGE DUPLICAR SU PLANTILLA EN LOS PRÓXIMOS AÑOS.

SIMAES asegura que una planificación acorde a las necesidades de las mujeres españolas supondría duplicar de hecho el número de Matronas.

MATRONAS COLEGIADAS 2016 (no jubiladas)			Censo de Población 2011		RATIO DE MATRONAS		
OD	COMUNIDAD AUTONOMA	nº Matronas colegiadas	Hombres	Mujeres	Mujeres/ Matrona	Matronas /10000 Mujeres	OD
1	Madrid, Comunidad de	1.151	3.097.070	3.324.804	2.889	3,46	10
2	Andalucía	1.089	4.149.489	4.221.781	3.877	2,58	14
3	Cataluña	997	3.717.804	3.802.039	3.813	2,62	13
4	Comunitat Valenciana	833	2.488.380	2.521.551	3.027	3,30	11
5	País Vasco	586	1.066.953	1.118.440	1.909	5,24	3
6	Castilla y León	483	1.259.641	1.280.546	2.651	3,77	6
7	Galicia	346	1.341.269	1.431.658	4.138	2,42	16
8	Murcia, Región de	267	737.706	724.422	2.713	3,69	7
9	Castilla-La Mancha	267	1.062.925	1.043.406	3.908	2,56	15
10	Aragón	234	670.316	674.193	2.881	3,47	9
11	Navarra, Comunidad Foral de	206	319.276	320.854	1.558	6,42	2
12	Balears, Illes	196	552.756	547.747	2.795	3,58	8
13	Extremadura	168	549.567	554.932	3.303	3,03	12
14	Cantabria	133	290.214	302.328	2.273	4,40	5
15	Canarias	118	1.039.574	1.043.080	8.840	1,13	18
16	Asturias, Principado de	95	516.031	559.152	5.886	1,70	17
17	Melilla	27	42.067	39.256	1.454	6,88	1
18	Ceuta	21	42.765	40.752	1.941	5,15	4
	Totales o medias...	7.217		23.550.941	3.263	3,06	

Fuente: INE Instituto Nacional de Estadística

Las Matronas celebraron su Día Internacional bajo el lema “Las matronas y matrones: defensoras de los derechos de las mujeres” cuenta en esta edición con la peculiaridad de coincidir con el Día de la Madre, lo que motiva al Sindicato de Matronas Españolas (SIMAES) para insistir en la necesidad de planificar las plantillas de nuestro Sistema Nacional de Salud con el objetivo de duplicar, en un próximo futuro, el número de Matronas, para dar respuesta a las necesidades de las mujeres a lo largo de toda su vida sexual y reproductiva, ya que un 48% de las Matronas españolas tiene actualmente entre 36 y 50 años y un 34% supera ya los 51 años. Con las profesionales actuales solamente se dispone de una Matrona por cada 3.300 mujeres

SIMAES opina que ya es el momento de dar respuesta a las necesidades de las mujeres españolas con una atención integral a su salud sexual, reproductiva y maternal, en su facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo la atención a la madre: en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta el 28 día de vida, que son precisa y concretamente las principales competencias profesionales de las Matronas, que van mucho más allá que atender partos.

Referencias:

https://www.internationalmidwives.org/

Informe Midwives’ Voices, Midwives’ Realities (Voces de matronas y matrones,
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/midwives-voices-realities/en/

Carta de Derechos de la ICM para Mujeres, Matronas y Matrones.
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/cd2008_002-v2014-spacarta-de-derechos-2.pdf

El Informe sobre el Estado de las Matronas y Matrones en el Mundo 2014 (SoWMY).
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

La serie de The Lancet sobre partería
www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summ.pdf

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS SE REUNE CON ALTOS CARGOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL.

El pasado día de 30 de abril de 2019 la Asociación Española de Matronas mantuvo una larga reunión con Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Dña. Pilar Aparicio Azcárraga y con el Director General de Ordenación Profesional, D. Rodrigo Gutiérrez

Los temas que se llevaron a dicha reunión fueron muy importantes en relación a los cambios que se prevén a corto y medio plazo, sin embargo, alguno de ellos recurrente y planteado más de 5 veces en los últimos años y sucesivos gobiernos, como es el caso de desarrollo de las competencias.

Los temas tratados.

Competencias AP

Como es conocido, el primer documento para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria está estructurado en seis puntos: reforzar el liderazgo de atención primaria, política presupuestaria y de personal que garantice la efectividad y calidad en el primer nivel, potenciar nuevas tecnologías, mejorar la capacidad resolutiva y coordinación con otros ámbitos, reforzar la atención a la comunidad y la prevención e impulsar formación e investigación.

Sobre estas líneas generales, se decidirán asuntos de máxima importancia para las matronas como son ratios, cartera de servicios propia y distribución de competencias a cada profesional de los equipos de A.P. y es aquí donde pueden agravarse los problemas de las matronas.

Como recordareis la *Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio que regula el programa formativo de las enfermeras comunitarias y de familia, en el apartado 5 (Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario) describía ampliamente en el punto 5.5 "La atención a la salud sexual, reproductiva y de género" con algunas puntualizaciones muy preocupantes:*

Identifica factores de riesgo social en el embarazo. Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario. Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno. Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna. Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, domiciliario y comunitario tras el parto. Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario. Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica.

Nos preocupa, y así los hicimos saber a los responsables de Ordenación que, en el "reparto de papeles" se produzca algún desliz no deseable en favor de estos especialistas y en detrimento de nuestras competencias en el marco de la atención a la salud sexual, reproductiva y de género. Esta Orden fue recurrida por la vía de lo Contencioso-administrativo por la Asociación Española de Matronas en 2010

Competencias A. Especializada.

En relación al desarrollo de competencias en este ámbito reiteramos la petición que se ha formulado a todos los ministros de los últimos 20 años con el

El mencionado documento se resume en que las matronas deben estar presentes en todos y cada uno de los servicios de un hospital maternal en. función asistencial, gestora y de investigación.

Auditar resultados del nuevo modelo asistencial. Análisis cualitativo.
También solicitamos que se revisen los resultados del modelo asistencial que recomendó la EAPN en 2007 y que la Asociación Española de Matronas reclamó desde 1996 y promovió desde el año 2005. Es necesario saber su grado de implantación y los resultados reales del cambio.

Tutela efectiva de los EIR/MIR
Nos preocupa que los EIR terminen su formación con la garantía de haber adquirido las competencias previstas en el programa que le permitan asumir la atención a la población bajo su propia responsabilidad.
En cuanto a los MIR, no se sostiene ni un día más que los médicos residentes, desde el minuto uno de su residencia, ejerzan como especialistas en las guardias en diagnósticos y prescripciones desconocidas aún para ellos. Se tiene que inspeccionar esta situación que, a todas luces no beneficia la calidad en la atención y altera con frecuencia las relaciones entre Residentes médicos y matronas.

Creación de Unidades de atención al parto de bajo riesgo.
Se volvió a recomendar la necesidad de crear (aunque sea dentro de los hospitales maternales existentes) áreas de hospitalización de bajo riesgo gestionadas exclusivamente por matronas/es.
Esta es una propuesta que la Asociación Española de Matronas planteó por primera vez en 1996.

Inclusión en el programa formativo de matronas la ecografía. (Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo) punto 3 apartado b y c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose delos medios clínicos y tecnológicos adecuados (incluida la exploración ecográfica básica).
De esta forma se acabará el discurso de algunos de que las matronas no pueden realizar ecografías básicas porque no lo incluye su programa formativo.

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Aumentar las horas disponibles para formación continuada.
Solicitamos también que se incrementen las horas disponibles para formación continuada por parte de la administración para las matronas. Muchas/os colegas no disponen de tiempos imprescindibles para la formación continuada y no pueden permitirse realizar los cursos que desean.

Como resumen de la reunión y para aportar más datos de la situación del colectivo, la Asociación Española de Matronas se ha comprometido a realizar una importante encuesta "on line" denominada "Tomando el pulso de las matronas" que arrojará mas información sobre la actualidad de las matronas en España. Una vez procesada se producirá una nueva reunión en el Ministerio para abordar el resultado de la misma.

Dicha encuesta estará disponible próximamente en:

https://aesmatronas.com/encuesta2019/

EL MINISTERIO DE SANIDAD PUBLICA LA RESOLUCIÓN DE 26 DE ABRIL DE 2019, POR LA QUE ESTABLECE EL MARCO ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Con fecha 7 de mayo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha publicado la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, resultado de varias reuniones en los últimos meses con representantes de entidades profesionales, diferentes agentes sociales, Consejo Interterritorial y Ministerio de Sanidad.

Esperamos que sea una BUENA NOTICIA, con reservas para nosotras, por el desarrollo que le den a los puntos 8 y 9. Recordemos que Enfermería Comunitaria y de Familia estaba muy interesada en el programa de salud de la mujer. Tendremos que estar muy atentas/os a los siguientes borradores de éste Marco estratégico para Atención Primaria.

Transcribimos algunos de los contenidos por su importancia y repercusión directa para las matronas.

Marco estratégico.

Estrategia A: Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud.

Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS.

Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.

Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud.

Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs).

Estrategia F: Impulsar la Formación y la Investigación en Atención Primaria de Salud.

Puntos importantes.

1. Acometer los cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud, partiendo de la actual composición de los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo, vinculando la cartera de servicios de APS a competencias, definiendo perfiles profesionales, sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios que deben desarrollar, así como ratios aceptables y circuitos de coordinación. Se potenciará asimismo el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como puedan ser las y los farmacéuticas/os comunitarias/os y otras/os. **Corto plazo.**

2. **Potenciar las funciones de las matronas en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP, la lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de educación para la salud y comunitarias. Corto plazo**

3. Equiparar las retribuciones complementarias, por conceptos homólogos, de todos y todas las profesionales de la misma categoría, en los ámbitos de APS y atención hospitalaria, en cada comunidad autónoma. **Medio plazo.**

4. Dimensionar las plantillas de los Equipo de Atención Primaria, estableciendo la dotación de

puestos de todas las especialidades y profesiones, sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita. **Largo plazo.**

5. Lograr que, en el año 2022, todos los cupos cumplan criterios ajustados a: el territorio, las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios asignada y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios de APS, actividades comunitarias). Se estandarizarán esos criterios de población para establecer un número máximo por cupo, asegurando que no se vean afectadas, en ningún caso, las retribuciones por la disminución del referido cupo máximo de población asignada. En ese horizonte temporal de 2022, se establecerá el cupo máximo en 1.500 personas asignadas de edad adulta y de 1.000 personas en edad pediátrica, con un margen máximo del 10 %, todo ello dejando a criterio del titular del cupo la posibilidad de superar el margen máximo a dicho límite, siendo revisable anualmente ese compromiso, y en todo caso, con respeto al marco de las relaciones laborales en cada territorio.
   Largo plazo.

5. Establecer un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales, consensuado entre las Gerencias de Área Sanitaria y los EAP, contemplando la posibilidad de articular modelos organizativos del equipo con ampliación horaria voluntaria y retribuida. **Corto plazo.**

6. Creación de las categorías estatutarias de Enfermero/a Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y de Enfermero/a Especialista en Enfermería Pediátrica en el ámbito de la Atención Primaria de los Servicios de Salud. **Medio plazo.**

8. **Definir los puestos de trabajo en APS para las especialidades en Enfermería Familiar y Comunitaria y en Enfermería Pediátrica. Corto plazo.**

9. **Promover acuerdos interprofesionales explícitos acerca de la distribución de roles en el seno de los equipos de APS, de manera que cada actividad sea realizada por el profesional que pueda resolver de forma más eficiente y pueda aportar más valor añadido. Corto plazo.**

10. Revisión de los programas formativos de las especialidades vinculadas a APS (Medicina de Familia y Comunitaria, Enfermería de Familia y Comunitaria, Pediatría, Enfermería de Pediatría, Matronas…) fortaleciendo especialmente la competencia comunitaria y la competencia en equidad. **Medio plazo.**

11. Elaborar un plan de formación continuada anual precedido de un informe sobre detección de necesidades de las y los profesionales, basada en las líneas estratégicas de la organización, con enfoque multidisciplinar, destacando la formación en equidad y en salud digital. **Medio plazo.**

12. Realizar acciones formativas específicas sobre las estrategias de «No hacer». Medio plazo.
13. Promover la realización de las actividades formativas en horario laboral. **Medio plazo.**

14. Establecer incentivos económicos y de carrera profesional con criterio de discriminación positiva para todas/os las y los profesionales que participen en proyectos de investigación del área o proyectos independientes, orientados fundamentalmente al estudio de la efectividad de intervenciones en condiciones de práctica clínica habitual. **Medio plazo**

15. Incluir en el plan de formación continuada, la adquisición de conocimientos en metodología de investigación. **Medio plazo.**

TRES MATRONAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR RECIBEN UN RECONOCIMIENTO POR SU TRABAJO SOBRE EL DUELO ANTICIPADO ANTE LA MUERTE PERINATAL.

Tres matronas del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz han obtenido el primer premio a la mejor comunicación científica tipo póster en la VII Jornada Conmemorativa del Día Internacional de la Matrona que, celebrada en Cádiz, ha acogido el pasado fin de semana a más de un centenar de enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología. El trabajo, a propósito de un caso clínico, aborda el duelo anticipado para madres y padres ante la muerte perinatal.

La Asociación Andaluza de Matronas (AAM) y el Colegio de Enfermería de Cádiz son los organizadores de esta iniciativa bajo el lema 'Matronas: defensoras de los derechos de las mujeres'; a la inauguración asistió delegada territorial de Salud y Familias, Isabel Paredes, así como del presidente del Colegio, Rafael Campos, y por parte de la AAM de su presidenta, Carmen Rodríguez, y la vocal en Cádiz, Aroa Vaello.

El póster ganador, titulado 'Duelo anticipado en la rotura de membranas antes de la viabilidad fetal', es obra de María Pilar Pérez, Servando Cros y Mónica Rodríguez. Tomando como punto de partida el caso real de una paciente, los autores apuestan por una mayor formación para que el personal sanitario que atiende un proceso de duelo perinatal tenga conocimiento sobre la forma de afrontar esta pérdida en toda la familia, especialmente en la madre, «para que podamos proporcionar más apoyo ante un trauma tan duro», en palabra de Cros.

Un duro trauma

El trabajo expone que la experiencia previa a la muerte perinatal -muerte del feto desde las 28

semanas de embarazo o del recién nacido hasta la primera semana de vida- genera un duelo anticipado, es decir, antes de que se produzca la pérdida; el seguimiento clínico a las familias en esta situación está establecido, pero estas matronas apuestan por un refuerzo del apoyo psicológico y los cuidados emocionales desde una formación especializada y mediante protocolos, tanto desde atención primaria como hospitalaria.

Precisamente la pasada semana, el Puerta del Mar celebró una sesión clínica para todas las matronas en la que los residentes de esta especialidad que finalizan presentaron una actualización del Protocolo de Pérdida Perinatal; el pasado año hicieron lo propio profesionales de Ginecología y Obstetricia con este documento de abordaje del tema desde el punto de vista clínico.

Es el tercer año consecutivo que matronas del hospital gaditano se ven reconocidas en esta cita, ya que tanto en 2017 como en 2018 recibieron sendos reconocimientos por trabajos presentados.

Fuente: La Voz Digital Cádiz

.

NÚMERO RÉCORD DE ENFERMERAS Y MATRONAS EN GRAN BRETAÑA

El número de enfermeras, matronas y asociados de enfermería registrados para trabajar en el Reino Unido se encuentra ahora en su punto más alto, según muestran las cifras de este inicio de mayo.

Un aumento de 8,000 en la fuerza laboral en los últimos 12 meses, a 698,237, incluye a más de 5,000 capacitados en el Reino Unido. Casi 23,500 se unieron al registro por primera vez, mientras que quedaron menos que en años anteriores. El crecimiento también se ha visto impulsado por un aumento del 126% en el número de enfermeras y profesionales de partería procedentes de fuera de la UE.

El número de recién llegados de fuera de la UE aumentó de 2,720 en 2017-2018 a 6,157 en el último año.

Mientras tanto, el número proveniente de la UE ha disminuido en casi 5,000 (13 por ciento) en los últimos dos años, según revelan las estadísticas publicadas por el Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC).

La directora ejecutiva de NMC, Andrea Sutcliffe, dijo: “Las enfermeras, matronas y enfermeras asociadas hacen una enorme contribución a la salud y el bienestar de millones de personas cada año, por lo que estoy encantada de ver un aumento en el número de personas que se unen a nuestro registro.

Es claro que los cambios que hemos introducido, para que sea más sencillo para aquellas personas con las habilidades y los conocimientos adecuados para venir y trabajar aquí desde el extranjero, están marcando una verdadera diferencia".

Sin embargo, el NMC advirtió que las presiones de la fuerza laboral siguen siendo altas, ya que el NHS tiene un déficit estimado de 40,000 enfermeras.

De los más de 11.000 empleados que dejaron el registro durante un período de seis meses en 2018, casi un tercio mencionó el estrés como la principal razón para dejar de fumar.

La Sra. Sutcliffe dijo: "Solo tenemos que analizar las preocupaciones bien documentadas en torno a las altas tasas de vacantes y de rotación que existen en la atención social y de salud para saber que queda un largo camino por recorrer antes de que tengamos a todas las personas que necesitamos para garantizar lo mejor y El cuidado más seguro para todos.

"Nuestra encuesta arroja otro disparo de advertencia: las presiones que enfrentan las enfermeras y las parteras son reales y deben tomarse en serio si queremos atraer, apoyar y retener adecuadamente la fuerza laboral que necesitamos ahora y para el futuro".

Fuente: DAILY EXPRESS HEALTH REPORTER

TRES CANTOS PONE EN MARCHA UNA ESCUELA DE CRIANZA CON LAS MATRONAS DEL CENTRO DE SALUD

El objetivo es dar apoyo e información a las mujeres que acaban de dar a luz

El Centro de Salud II (Sector Embarcaciones) de Tres Cantos celebra una serie de charlas para las madres que acaban de dar a luz. La Escuela de Crianza busca asesorar y dar apoyo e información para estas madres en una etapa en la que "pueden llegar a experimentar un sufrimiento importante".

En estos talleres se aprende a gestionar las emociones y todos los coloquios están impartidos por especialistas y colegiados en la materia. Entre los más demandados se encuentran los de apoyo a la lactancia materna, los de fisioterapia y osteopatía infantil y también los que ayudan en los problemas digestivos de los más pequeños en los primeros meses de vida.

Los talleres se imparten los sábados por las mañanas (de 11 a 12 horas) en el Centro Cultural de Tres Cantos. La información se puede encontrar en la Concejalía de Salud del Ayuntamiento de Tres Cantos.

Fuente : Cadena SER

LA IHAN ACABA DE LANZAR EL PRIMER MÓDULO DE SU CURSO SOBRE LACTANCIA NATURAL.

El curso ofrece formación ONLINE para diferentes necesidades Lanzaremos diferentes módulos entre los que elegir. Con todos ellos se podrán obtener CERPs y en la mayoría se podrán también obtener créditos del sistema Nacional de Salud. Hemos seleccionado ponentes de calidad y temas de interés.

Esperamos con ello contribuir a difundir el conocimiento sobre lactancia natural en el mundo de habla hispana. Si estás interesado apúntate! Por un precio módico obtendrás formación de calidad y además ayudarás a la IHAN en la consecución de sus fines. Todo el dinero recaudado se destinará al desarrollo de los fines de la IHAN.

La IHAN España es una asociación no gubernamental, sin ánimo de lucro**. Nuestro objetivo es Humanizar la Asistencia al Nacimiento y Apoyar la Lactancia Natural.** Respetamos las exigencias del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y las resoluciones relacionadas de la OMS: No aceptamos donaciones de la industria de alimentación infantil y la mayoría de nuestro trabajo es voluntario.

Si estás interesado haz click en el link. Si crees que puede interesarle a alguien que conozcas, envíale este correo.

TODA LA INFORMACIÓN EN:

https://luaula.online/sumario/5/lactancia-natural-modulo-i#.XHqAyyzCS8E.gmail

LOS MODULOS

UNIDAD 1: La importancia de la lactancia materna
Profesor: Flores Antón B.

UNIDAD 2: Estrategia de atención al parto normal
Profesora: Castelló López M.I.

UNIDAD 3: Cómo funciona la lactancia materna
Profesor: Jiménez Moya A.I.

UNIDAD 4: La IHAN. Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia. Los pasos hacia una feliz lactancia natural.
Profesora :Hernández Aguilar M.T.

UNIDAD 5: Afecciones del pecho
Profesor: Gómez Papí A.

UNIDAD 6: Enfermedades en la madre lactante. Anticoncepción y lactancia
Profesora: Caño Aguilar A.

UNIDAD 7: Lactancia materna y medicamentos
Profesor: Lasarte Velillas J.J.

UNIDAD 8: Estrategias de lactancia para la madre trabajadora. Lactancia y vida familiar
Profesor: Martín Morales J.M.

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM

INSCRIPCIONES	DESCUENTO BONO	MADRUGADOR	REGULAR
	30 septiembre 2017 a 28 febrero 2019	1 marzo 2019 a 2 marzo 2020	3 marzo-21 junio, 2020.
Delegado	715 USD	815 USD	915 USD
Matrona recién titulados *	575 USD	675 USD	775 USD
Delegado - países de desarrollo humano bajo **	615 USD	715 USD	815 USD
Recién titulados partera - países de desarrollo humano bajo **	475 USD	575 USD	675 USD
Matrona estudiante ***	270 USD	370 USD	470 USD
Día de Registro (junio 22 o 23 o 24)		320 USD	320 USD
Día de Registro (25 de junio)		190 USD	190 USD
Personas de compañia		200 USD	200 USD

TODA LA INFORMACIÓN EN:
http://www.midwives2020.org/registration

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS:

Tipo de presentaciones.

Los cinco tipos principales de presentaciones son:

- Presentaciones orales
- Presentación de posters
- Simposio
- Habilidades Talleres de investigación de tres minutos en la práctica o la innovación

- **Sesiones temáticas especiales**
- ¿Cómo se manejan las parteras alivio del dolor para las mujeres?
- ¿Cómo pueden gestionar parteras hemorragia postparto a través de configuración del nacimiento?
- ¿Cómo pueden parteras contribuir a reducir las cesáreas innecesarias?

PLAZOS DE ENVIO	
Fecha límite de presentación	15 de mayo de 2019
Notificación de aceptación	11 de septiembre de 2019
El presentador debe estar registrado	01 de noviembre 2019

CONSULTAS EN:
abstracts@midwives2020.org

TODA LA INFORMACIÓN DEL CONGRESO EN: www.midwives2020.org

La Asociación Española de Matronas anuncia la convocatoria del PREMIO MARIBEL BAYÓN al mejor trabajo científico/ investigación del periodo 2018- 2019.

Los objetivos de este premio son motivar e incentivar al colectivo de matronas españolas en el ámbito de la investigación y difundir el trabajo que están realizando en su área asistencial, docente o investigadora sobre el cuidado de la salud de la mujer, en el marco de sus competencias.

Participantes.
Individual: todas las matronas tituladas de nacionalidad española.
Residentes: de las unidades docentes de España a condición de que en el trabajo presentado participe directamente, como mínimo, una matrona titulada.
Grupo de trabajo: profesionales de distintas titulaciones relacionadas con la salud de la mujer, siempre que participen en el mismo un mínimo del 50% matronas.

Dotación.
La dotación del PREMIO es de un total de 4.000 €, dividido en 3 partes:

- 1 primer premio de 2.500 €
- 1 segundo premio de 1.000 €
- 1 tercer premio de 500 €

En caso de que alguno de los premios sea declarado desierto, el jurado podrá proponer la utilización de la cantidad a otra actividad científica de la Asociación Española de Matronas.

Plazos.
Las fechas de presentación de los trabajos se inicia el día 30 de septiembre de 2018 y finaliza el 30 de junio de 2019.

El Jurado.

- El Jurado estará compuesto por 7 matronas que desarrollan su trabajo en hospitales, centros de atención primaria, en docencia y gestión de reconocido prestigio. Todos serán designados por la Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas.
- El jurado valorará, entre otros aspectos, la calidad científica; la concreción y claridad expositiva; el interés académico y práctico; la originalidad y actualidad del tema.
- El fallo del jurado será inapelable, pudiendo dejar desierto el premio convocado si, a su juicio, los trabajos presentados no reúnen la calidad científica necesaria.

Fallo y entrega de los premios.

El fallo se dará a conocer antes del día 30 de septiembre de 2019.
La entrega de los premios se realizará en un acto público y en el lugar que acuerde la Asociación Española de Matronas

Normas generales.

- Los trabajos, deberán ser inéditos y escritos en lengua española, podrán tratar sobre cualquier área de trabajo en el cuidado de la salud de la mujer.
- Se presentarán de forma anónima o bajo seudónimo, incluyendo en el envío un sobre cerrado donde constarán los datos de la/s persona/s autoras (nombre y apellidos, domicilio completo actual, centro y puesto de trabajo, teléfono/s de contacto y e-mail); como única referencia externa, el sobre podrá llevar, en su caso, el seudónimo elegido para personalizar el trabajo,(en archivo y pagina impresa aparte).
- Los trabajos premiados en éste certamen podrán ser publicados por la Asociación Española de Matronas así como los trabajos presentados al concurso que reúnan los requisitos para ello, citando siempre la autoría, e informando previamente a los autores/as de las posibles modificaciones que pudieran, en su caso, ser necesarias.
- La presentación de los trabajos a concurso implica la aceptación de las presentes normas.

Estructura y formato

Los trabajos se estructurarán en el siguiente orden: Introducción. Objetivos. Material y método. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía.
Deberán presentarse en lengua castellana, a 1½ espacio entre líneas con tamaño mínimo

de letra 12 pt., en papel blanco DIN A-4 y su extensión no superará las 25 páginas incluyendo tablas, figuras y bibliografía.
Las referencias bibliográficas deberán ser numeradas consecutivamente en el orden en que se citan por primera vez en el texto e identificadas mediante números arábigos entre paréntesis siguiendo la última versión de las normas de Vancouver.
El número máximo de citas será de 40.
Los trabajos se enviaran en soporte informático (CD o dispositivo de memoria/pendrive), realizados con un editor de texto tipo Word o PDF, especificando el nombre del archivo/s adjuntando, además, dos ejemplares impresos en tamaño DIN-A4.

Dirección de envío:

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS.
"PREMIO MARIBEL BAYÓN".
Avda. Menéndez Pelayo, 93. 3º 28007-MADRID

Páginas.

1. En la primera página constará únicamente el título del trabajo.
2. En la segunda página el título del trabajo y resumen del mismo, no superior a 300 palabras, en inglés y castellano (abstract).
3. En la tercera página inicio del trabajo (máximo 25).

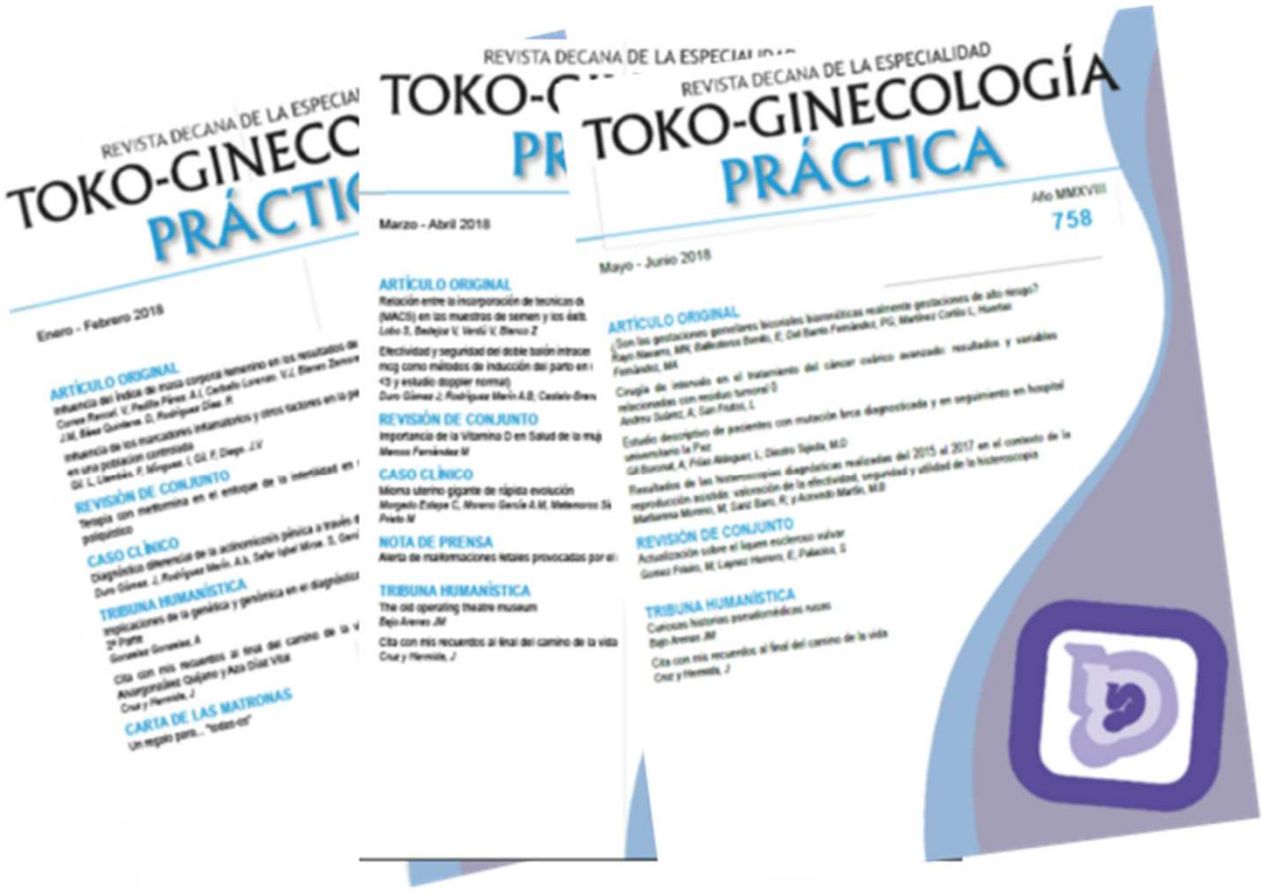
En archivo Word aparte debe especificarse:

- Título del trabajo.
- Nombre de los autores.
- Profesión y cargo de todos los autores.
- Lugar de trabajo.
- Dirección para correspondencia, teléfono y correo electrónico habitual de contacto.

A efecto curricular se considerará como autor/a principal al primer firmante del trabajo.
El resto de autores será colaboradores.

¡ Participa!

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual, todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS **y también la posibilidad de publicar artículos en la misma.**

Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla en:

infomatronas@gmail.com

ABSOLUCIÓN A UNA MATRONA IMPUTADA POR DELITO DE LESIONES

Os contamos una nueva sentencia favorable conseguida por OP ABOGADOS en el ámbito sanitario. Un parto eutócico en el que el bebé tuvo secuelas: monoparesia de miembro superior leve que fue valorada por el médico forense en 17 puntos. Los padres acusaban a la matrona de un delito de lesiones por imprudencia grave. El pasado 4 de abril, el juzgado de lo penal número 5 de Móstoles absuelve de toda responsabilidad a la matrona.

La historia clínica, por el contenido, esclareció el caso. La existencia de ésta pudo probar la inocencia de la matrona. Es muy importante que esté bien detallada porque constituye una prueba objetiva para la defensa.

VALORACIONES JURÍDICAS

En la querella, se refiere que se podía haber realizado una cesárea ante la mínima sospecha de sufrimiento fetal y no haber dejado transcurrir tres horas para tomar esa urgente decisión. Se refiere que transcurrieron 6 horas de incesante sufrimiento que motivaron el posterior fallecimiento de la recién nacida.

Pero por las periciales practicadas se pudo probar que la **encefalopatía neonatal fue debida a un episodio de hipoxia durante el embarazo en los días previos al parto,** traduciéndose clínicamente en la ausencia de movimientos fetales que alertó a la madre a acudir a su ginecólogo tres días antes de acudir a la urgencia hospitalaria, lo que supone que aunque la cesárea se hubiese practicado inmediatamente, el daño cerebral ya estaba instaurado.

Hay que valorar el ejercicio de la profesión médica como una ciencia inexacta en la que intervienen factores inapreciables por concurrencia de varios riesgos extraños y ajenos al prudente ejercicio, dejando fuera de la responsabilidad penal las conductas que se desarrollan dentro de las reglas del arte siendo por lo general atípicas si obedecen a error de diagnóstico salvo que resulte por su propia categoría cualitativa indispensable o a falta de extraordinaria pericia.

Cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incide en conductas descuidadas de las que resulta un proceder irreflexivo, de la falta de adopción de cautelas, de la ausencia de pruebas precisas como imprescindibles para el estado del paciente.

Conclusión:

La ciencia médica no está sujeta a un resultado.

El resultado no determina la responsabilidad del profesional, sino los actos que en aras a procurar la debida asistencia realizada, incluida la necesidad de coordinación con el resto de los profesionales que intervienen. El reproche de culpabilidad viene dado no tanto por el error, sino por la dejación, el abandono, la negligencia o el descuido en la atención. En este caso, no se produce un delito de lesiones.

Fuente: OP Abogados especializados en derecho sanitario (Madrid)

M-OTHERHOOD

Estimadas-os colegas, hoy cambio la habitual sección literaria por la cinematográfica.

Hace poquito tiempo, concretamente en Noviembre del pasado año 2018, se estrenaba el documental español titulado ***"Motherhood,ser madre es sólo una opción",*** un reportaje con el que las autoras pretenden dar "carta de normalidad" a la decisión de las mujeres que consciente y consecuentemente, deciden no tener hijos. A la vez este documental es punta de lanza para desmontar los numerosos mitos que se ciernen entorno a la maternidad, uno de los más llamativos, contando con que además estamos ya en el siglo XXI, es algo que prevalece todavía en una gran parte de la sociedad: asumir que la capacidad potencial de las mujeres de engendrar vida esté sujeta al destino consustancial de convertirse en madre tarde o temprano .

Una de nuestras compañeras, Maribel Castelló, matrona y Vicepresidenta de la Asociación Española de Matronas, ha participado en este reportaje y ello nos ha servido a muchas matronas de su entorno para verlo y, poniendo este tema en la palestra, reflexionar sobre esta realidad (probablemente no sea la primera vez que lo hacemos) y cuestionarnos incluso el extremo contrario: ¿por qué se tienen hijos?. Por aceptación gozosa o resignada de una condición biológica que nos predestina a las mujeres a ser madres, por emulación, por moda, por aceptación de decisiones machistas y/o sociales, por consumismo, por realización personal, por egoísmo pensando en una vejez acompañada… estas son algunas de las distintas opciones que se me ocurren podrían ser barajables para algunas para etiquetar la toma de esta decisión tan trascendente que no sólo involucra a la mujer (cuando la hay , también a la pareja) , sino y además, respetuosamente lo nombro , "fruto de la decisión": la hija-o futuro. En el reportaje se añaden otras definiciones de las madre que no quieren tener hijos: infantil, narcisista y neurótica.

Este trabajo pone su objetivo en la reivindicación de la maternidad como elección, no como imposición social. Es un hecho evidente que es progresiva la cifra de mujeres que deciden actualmente no abrazar la maternidad y además, discrepan de la romántica idea de la maternidad como experiencia perfecta, que proporciona felicidad y satisfacción permanente. En palabras de la co-directora de Motherhood, Inés Peris, el propósito de este documental "es ofrecer argumentos sólidos y convincentes para que nunca más volvamos a cuestionar a una mujer que decide no tener hijos"

Se puede acceder a contenidos del documental en su página web: http://m-otherhood.com/film/

Puede verse el film completo en este link:

http://mvod.lvlt.rtve.es/resources/TE_GLESP/mp4/9/6/1549434900669.mp4?_=1

Por otra parte y en la misma línea, ha sido presentado en marzo de este año en España en el marco del Festival Etnográfico de Sobrarbe (Pirineo Aragonés) el documental italiano titulado "*Lunàdigas, overo delle donne senza figli/ Lunádigas, es decir de las mujeres sin hijos*," dirigido por Nicoletta Nesler y Marilisa Piga (Italia).

La palabra lunàdigas proviene de la lengua sarda (de Cerdeña) y es utilizada por los pastores para denominar a las ovejas que en determinadas épocas no se reproducen. Las autoras y directoras Nicoletta Nesler y Marilisa Piga la eligieron como el título de su trabajo en ausencia de un término italiano que defina esta condición ya que solo puede hacerse en italiano, por una limitación cultura del propio idioma, a través de negaciones: "sin hijos, no madres"-

Lunàdigas es en cambio, una palabra que afirma y confirma, con ironía, la existencia e identidad de aquellas mujeres que se sienten completas incluso sin haber dado a luz a sus hijos, mostrando estereotipos, clichés y sentimientos de conmoción.

La idea de una investigación sobre este tema surgió repentinamente, como una urgencia demorada por demasiado tiempo. Desde el principio apareció como un desafío difícil pero necesario: era hora de hablar y la respuesta, sincera y vibrante, finalmente llegó, involucrando a muchos testigos. Lunádigas es u proyecto social y político que mete el dedo en el hecho, de que en nuestra cultura es un gran tabú las mujeres que no quieren tener hijos.

Es un proyecto totalmente italiano que se inició hace 20 años y que no finaliza porque el siguiente proyecto es " Lunádigas en el mundo, según Nicoletat Nesler, una de sus dos directoras y creadoras, con el objetivo de descubrir si las circunstancias de la mujer italiana, "las de la Italia de la mamma, la mandolina ,y la pizza" ,-como ella puntualiza, son similares y las comparten con el resto de las mujeres del mundo que hacen esta elección.

Lunádigas hace mención a las mujeres que decidieron no tener hijos, visto como una salida de la norma e incluso como un tabú en los tiempos que corren en Italia. La película relata experiencias personales únicas y las emociones imprevistas que se desarrollan cuando estas mujeres explican los diferentes motivos para no tener hijos. El objetivo de Lunádigas es hacer emerger y traer al debate la realidad de estas mujeres, tan cuestionadas en la sociedad italiana, y seguro que en muchas otras.

En una hora y media de largometraje, las cineastas dan espacio a mitos como la muñeca Barbie, Coco Chanel, Rosa Luxemburg, Juana de Arco y Lilith, flanqueadas por los monólogos imposibles de Carlo A. Borghi, que dan voz a las mujeres del mito y de la Historia que nunca tuvieron hijos. A través de entrevistas, historias y testimonios de mujeres

comunes y famosas como la astrofísica Margherita Hack, Veronica Pivetti, o Maria Lai se entreteje un entramado de historias filtradas con ligereza, auto-ironía y rigor de la vida de los directores, ellas mismas Lunàdigas.

La historia parte de lo privado de cada una y se convierte en coral y universal. En 2016 sale el largometraje, en el que los autores, también *lunàdigas* , se involucran con sus historias.

A partir del estreno la película se ha proyectado en cines de toda Italia y continúa siendo seleccionada en numerosos festivales nacionales e internacionales y recogiendo premios.

Lunàdigas es una combinación de coincidencias existenciales e inclinaciones. No lo pensamos lo suficiente, no lo pensamos a tiempo o lo pensamos cuando no teníamos a la persona adecuada a nuestro lado. Entonces, ¿cuánto es capaz la vida de influir en la (no) maternidad?

Algunos piensan que convertirse en madre es una etapa en la realización personal de una mujer; sin embargo, ¿cuántas mujeres abandonan sus etapas personales de la vida como resultado de variables externas? Quizás juzgar lo que la vida da y quita a alguien es una impropiedad.

Por otro lado, las tres matronas, entre las testigos de la película Lunàdigas, o mujeres sin hijos , dedicadas a la tradición de la asistencia a la maternidad, ofrecen otra perspectiva al respecto. Tener un hijo, comparado con otras opciones de vida, tiene un valor superior y valioso para una mujer. El período fértil es parte, por naturaleza, de la existencia femenina, como toda mujer sabe, biológicamente hablando, entre los síndromes premenstruales, los cambios hormonales y muchas otras "experiencias" relacionadas con la reproducción.

De hecho, desde un punto de vista puramente científico, la maternidad realizada parece ser el final feliz de una historia que comienza desde la pre-adolescencia y acompaña a las mujeres durante todo el período fértil. Es por esta razón que la creación de un hijo está asociada, por las propias matronas, con la idea de integridad, es decir, de la conclusión de la historia. Entonces, dado este punto de vista, lo que debe entenderse es si una Lunàdiga siente profundamente la falta de este final.

Pueden verse los testimonios en la web: https://www.lunadigas.com/

Como matronas que acompañamos a la mujer que busca un embarazo, a la gestante en el embarazo y parto, a la mujer que se inicia en el rol de madre en el puerperio, estos dos documentales exponen una realidad sobre la que, a mi juicio, profesionalmente debiéramos reflexionar tanto a las mujeres como los hombres matrona, de ahí mi propuesta para esta edición.

Rosa Mª Plata Quintanilla

Fuente del dibujo: Corrieri della Sera. "Una donna senza figli non è una donna a metà" ("Una mujer sin hijos no es media mujer").

PROGRAMAS DE FORMACIÓN CONTINUADA AEM

CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

NUEVA EDICIÓN: 7 al 11 OCTUBRE de 2019

Objetivos

- ✓ Actualizar / reforzar / capacitar sobre conocimientos y habilidades prácticas para interpretar los datos obtenidos de la valoración fetal durante el parto.
- ✓ Señalar los pasos necesarios para realizar una valoración fetal sistemática durante el parto.
- ✓ Identificar aquellas situaciones en las que existen interferencias en el intercambio transplacentario de gases así como aquellas que requieren intervención inmediata.
- ✓ Definir las intervenciones que se derivan de la valoración fetal, con especial atención a las que deben realizarse cuando se detecta un patrón de estrés o de sospecha de pérdida de bienestar fetal.

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 7 -11 octubre 2019
Horario: 15:30 a 20:30h.

LUGAR: Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid

Matricula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 80 €

Solicitud de inscripción en:
matronas@asociación-nacional.com
Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

PLAZO DE INCRIPCIÓN: de 1 de julio a 1 de octubre de 2019

La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Solicitada acreditación del Agencia de Acreditación de Formación Continuada del S.N.S

40 AÑOS 40 LOGROS

www.aesmatronas.com

www.aesmatronas.com