



COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES BUENAS Y MALAS NOTICIAS HEMOS LEIDO DICEN QUE LAS MATRONAS
COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO DICEN QUE
NOTICIAS BREVES INFORMACION COMPARTIMOS ESTÁ PASANDO CUENTAN QUE
ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES HEMOS LEIDO DICEN QUE
CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE
NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
ESTÁ PASANDO QUE CUENTAN QUE
COMPARTIMOS NOTICIAS BREVES PASANDO
NOTICIAS BREVES QUE LAS PASANDO
COMPARTIMOS NOTICIAS BUENAS PASANDO
COMPARTIMOS NOTICIAS BUENAS PASANDO
NOTICIAS INFORMACION PASANDO
ESTÁ PASANDO NOTICIAS BREVES PASANDO
CUENTAN QUE LAS MATRONAS SON LA CLAVE PARA
NOTICIAS INFORMACION COMPARTIMOS HEMOS LEIDO
ESTÁ PASANDO ESPECIAL MATRONAS
DICEN QUE CUENTAN QUE NOTICIAS INFORMACION
COMPARTIMOS HEMOS LEIDO ESTÁ PASANDO
NOTICIAS BREVES DICEN QUE CUENTAN





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
Lucía Moya Ruiz

En éste número...

☐ **ESPECIAL I:**

- EL DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA

☐ **ESPECIAL II:**

- DAÑOS COLATERALES

☐ **HEMOS LEÍDO:**

- UNA NUEVA INVESTIGACIÓN
- ENCUENTRA QUE LA VIDA COSTERA ESTA VINCULADA CON UNA MEJOR SALUD MENTAL
- LOS MÉDICOS SE SUICIDAN MÁS QUE LA POBLACIÓN GENERAL
- EL SUEÑO PROFUNDO ES CLAVE PARA CALMAR LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

☐ **MUY INTERESANTE:**

- VIOLENCIA CONTRA LA MUJER
- VIII JORNADA DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE MADRID
- SAMEN 2020

☐ **BREVES:**

- ENCUESTA
- GUIA ANTICONCEPCIÓN
- XVII CONGRESO DE MEDICINA PERINATAL 2020
- MATRONAS DE CHILE ADVIERTEN DE QUE LA CRISIS SOCIAL QUE VIVE EL PAÍS PODRÍA GENERAR PARTOS PREMATUROS
- CONMOVEDOR ANUNCIO NAVIDEÑO HOMENAJE A LAS MATRONAS INGLESAS.
- NOTICIAS DE SIMAES
- VII JORNADA DE MASAJE INFANTIL 2020

☐ **BUENAS NOTICIAS:**

- ENFERMERAS Y MATRONAS HÉROES ANÓNIMAS
- LIBRE DE ELECCIÓN DE MATRONA (Y ENFERMERA) EN OSAKIDETZA
- LA CONFEDERACION INTERSINDICAL GALLEGA (CIG-SAÚDE) NEGOCIA PARA MATRONAS
- MONTSERRAT CABRÉ, NOMBRADA CATEDRÁTICA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
- LA FUNDACIÓN BILL Y MELINDA GATES FINANCIAN LA PRIMERA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA MENSUAL
- LAS MATRONAS EXIGEN AL NHS CUIDADORAS ESPECIALIZADAS PARA LAS RECLUSAS PRESAS
- FORMACION DE MATRONAS PARA CUBRIR LAS ZONAS RURALES DE AFGANISTAN
- UN PRIMER ESTUDIO POSITIVO SOBRE LAS CASAS DE PARTO APROBADAS EN FRANCIA
- MÁSTER EN SEXOLOGÍA SANITARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO
- CURSO ON LINE CUALIFICACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA Y FERTILIDAD HUMANA
- 32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM

☐ **PERLAS JURÍDICAS:**

- LA FIGURA DEL FALSO AUTÓNOMO

☐ **LECTURA RECOMENDADA:**

- SANADORAS, MATRONAS Y MEDICAS DE EUROPA

☐ **AGENDA A.E.M. : CURSOS 2020**

- XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS



EL DERECHO A ESTAR ACOMPAÑADA

Como no puede ser de otra manera, las primeras palabras escritas en este artículo deben ser para desearos que la entrada a este nuevo año 2020 haya sido, además de feliz, con la conciencia de que cada año que se inicia, nuestro objetivo sea mejorar como personas y como profesionales.

INTRODUCCIÓN

Todo el mundo se ha visto, o se verá alguna vez, en la situación de ser la persona que acompaña a un familiar, padre, madre, hijos u otro, al hospital o a una consulta médica. Podríamos dar varias razones de por qué somos acompañantes, entre ellas, que son personas mayores, o que son menores, o no comprenden el idioma o que no tienen a ningún familiar que pueda hacerlo, si somos ajenos al rango familiar, o simplemente, porque eres la persona en la que confían o incluso, la que las cuida.

Es un acto loable y de agradecer ya que en determinadas situaciones, no estar sola o solo y tener alguien a nuestro lado con la que compartir nuestro estado, no sólo físico, sino emocional, puede ser muy reconfortante y tranquilizador.

Una persona usuaria del sistema de salud puede ir al hospital o a una consulta por muchos motivos: recogida de resultados, la comunicación de un diagnóstico, con una mala o buena noticia, una visita rutinaria de control, la realización de unas pruebas, intervención quirúrgica o por seguimiento de un proceso.

Y también podríamos exponer las diferentes razones por las que alguien desea ser acompañado/a y que van, desde lo complicado que puede resultar encontrar la ubicación de unas consultas. Pasillos y pasillos, en los que cualquiera (no habituado) se puede perder, tanto que casi haría falta un GPS o mapa explicativo, o en otras ocasiones, es el tiempo que tardas en llegar, una eternidad (algunos hospitales me recuerdan la terminal 3 del aeropuerto de Madrid).

Otro motivo por el que podamos requerir de acompañante es porque en esa situación de enfermedad o de estado emocional, no estemos en plena capacidad para comprender la información que se nos pueda dar, y si además se es migrante esta situación se puede agravar porque añade la incomprensión de la información. Los profesionales sabemos, o deberíamos saber, de la importancia de este acto asistencial en el que se valora no sólo la información

que se da, sino también o incluso más, la manera en cómo se transmite. Ya escribí en su momento¹, sujeto principal de derecho a esa información² es el/ la paciente y es él o ella, quien puede delegar en otra persona o familiar o si desea compartirla³.



Habitualmente cuando se informa de algo en una consulta o en un hospital, la mayoría de profesionales, generalmente médicos, lo hacen en una jerga técnica que difícilmente pueden comprender no sólo las personas mayores, sino los familiares, pero siempre cabe la posibilidad de que el acompañante no se encuentre en el mismo estado emocional o físico y sea capaz de comprender mejor lo que se dice o se le hace al paciente. Vaya por delante que donde anteriormente me he referido al o a la paciente, en nuestro caso hablamos de gestantes, puérperas, mujeres, pareja, y todas las usuarias susceptibles de nuestra atención y/o asistencia.





CASO PRÁCTICO

Os presento un caso bastante reciente de un hospital comarcal de mi comunidad: Marta (la llamaremos así) gestante de 38 semanas acude a puertas de urgencia de maternidad a las 17:15h. de la tarde de un sábado. Es su segunda gestación pero la primera vez que experimenta la sensación dolorosa que producen las contracciones ya que en su primer embarazo fue una cesárea electiva por presentación podálica de Marcos, su primer hijo. La pareja desea entrar con ella a la consulta porque está preocupado, no la había visto así antes y quiere saber si la situación es normal o no. La gestante está de acuerdo y expresa también su deseo de estar con él. La auxiliar y por orden del ginecólogo, le niega esa posibilidad pero tras la insistencia de la pareja, es el propio médico quien le dice, con tono de autoridad, que no puede pasar, que su mujer ya es mayorcita y que luego ya se le informará. Podéis imaginar lo violento de la situación y la incomodidad de todos los presentes, sobre todo, cuando la gestante exclamó: **“Soy abogada y sé que es mi derecho estar acompañada en este momento”**.

ARGUMENTARIO ÉTICO Y LEGAL

Puede que la situación os resulte muy común, lo que tiene de inusual es que una gestante conozca sus derechos ya que lo habitual, y no sorprende, es el desconocimiento de los profesionales de una ley de sanidad que afecta al personal sanitario y usuarios de la sanidad pública.

Puede que sepamos o asociemos el derecho que tiene toda gestante a estar acompañada por la persona que desea en el proceso de parto tal cual refleja la Ley 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana (art 55.2). Hasta aquí todo correcto. Así es, eso es parte de lo que también se incluye en el documento del Ministerio de Sanidad Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN).

Pero lo que puede que desconozcan es que en la Ley 8/2018 de 20 de abril, de modificación de la anterior, añade un artículo 50 bis, de derecho al acompañamiento, que dice: *“Todo paciente o persona usuaria tiene derecho a estar acompañado o acompañada, por lo menos, por una persona que mantenga vínculos familiares o de hecho con el o la paciente o una persona de su confianza, durante todo el proceso asistencial, también en las ambulancias, UVI móviles y resto de centros, establecimientos, instalaciones o lugares en los que se presten servicios sanitarios. En todo caso, estos derechos podrán ser ejercidos siempre que las circunstancias lo permitan y no haya contraindicaciones médicas”*. Dejaré para otra ocasión cuales son estas contraindicaciones, a veces relativas y por criterio nada médico.



Respecto de la embarazada, esta misma ley, amplía el artículo 55.2 y hace extensivo este derecho hasta el puerperio. Además añade un artículo 59. bis, en su capítulo III⁴, que dice en su apartado e) que tiene la gestante tiene derecho *“a estar acompañada por la persona designada por ella a este efecto, en todas las pruebas y actuaciones médicas realizadas durante el embarazo, incluidos los casos de aborto o defunción perinatal, en la atención al parto o cesárea, ya sea programada o urgente y en las actuaciones médicas realizadas en el posparto”*.



Y visto, leído, lo que la ley dice, y que los profesionales desconocen, sería pertinente apelar a los aspectos éticos o deontológicos pero creo que sería reiterar el deber moral que tenemos con la población que atendemos y que es de obligado cumplimiento, por no decir, que se debe ser coherente y no de doble moral. Esto es, por un lado que lo que no transigimos en la sanidad pública lo convertimos en un “lujo añadido” en la atención privada y por otro, que cuando es “la hija de”, “amiga de”, dejamos entrar hasta el gato si lo trae.

CONCLUSIÓN

No es ético tener esta doble vara de medir, y seleccionar a criterio, nada profesional, quien se merece una atención “a la carta” o quien no.

A propósito de nada profesional, quizá lo que subyace en esa negativa de algunos profesionales, es el miedo o la inseguridad que puedan experimentar al sentirse observados o por el ejercicio de una medicina defensiva. Más les valdría conocer mejor la legislación que compete a las materias de sanidad ya que parece imposible que la práctica además de basarse en la ciencia, también incluya a la ética. Así que sí, en el caso anterior, la gestante estaba en todo su derecho.

Y como siempre, os regalo una frase de Frits Perls, psiquiatra y psicólogo alemán creador de la psicología Gestalt: ***“Es muy raro que las personas puedan hablar y escuchar. Muy pocas escuchan sin hablar. La mayoría puede hablar sin escuchar”***



M^a Isabel Castelló López
Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

1. Infomatronas nº11, Febrero 2017
2. Ley 10/2014 de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana (art. 42).BOE nº 35 del 10 de febrero de 2015
3. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación
4. Ley 8/2018 de 20 de abril de modificación de la ley 10/2014. BOE Nº 117, de 14 de mayo de 2018

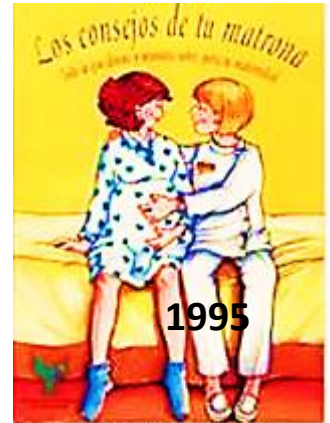
DAÑOS COLATERALES

Hace más de 20 años, la Asociación Española de Matronas detectó la necesidad de empoderar a las mujeres informando y formándolas para todo su proceso de gestación-parto-puerperio, además en un momento en que apenas había información de calidad y disponible. **Para subsanar esta carencia, ideamos un plan muy ambicioso: hacer llegar a todas las gestantes, (al mayor número posible de toda España) de manera gratuita, una herramienta educativa de calidad: “Los consejos de tu matrona”.** El objetivo rozaba la utopía por el gran costo que representaba su impresión y distribución pero, supimos encontrar la vía que hizo posible su puesta en el escenario de nuestra labor como educadoras. El empeño de la AEM nos llevó a contactar con una empresa que de inmediato vio el potencial indiscutible del libro de los Consejos y como empresa cuya aspiración era conseguir llegara a ser de referencia en el sector infantil y familiar, puso todo el interés en este proyecto tan importante de la Asociación y comenzó la distribución ininterrumpida durante estos más de 20 años de “Los Consejos de tu Matrona” que sin duda, fue un hito en la relación de las matronas con las mujeres y de una utilidad incontestable.

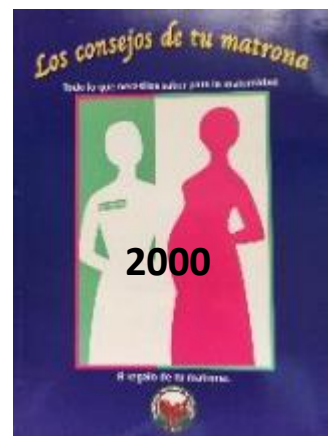
La empresa en cuestión fue Present Service que es una filial española de un grupo de empresas europeas especializadas en servicios de marketing directo hacia familias jóvenes desde hace más de 50 años, en España desde 1986 que, desde 2012 utiliza la marca Lets Family para la comercialización de sus productos. Un promedio de 4 millones de familias jóvenes en distintos países, reciben sus estuches-regalo con muestras de productos e informaciones publicitarias de interés para dicho segmento. En España enviaban al año más de 200.000 canastillas, junto con el libro de “**Los Consejos de tu Matrona**” **retractilado fuera de la canastilla.** Después de 23 años, desde el inicio este libro, hemos regalado unos 5 millones del mismo y en el seguimiento que hemos realizado se convirtió en la lectura consultiva preferente de las gestantes en España.

El hilo conductor y sus “porqués” de la quiebra de esta empresa ha sido las prohibiciones de entregar canastillas desde distintas gerencias sin ningún tipo de filtro de sus contenidos.

Recordemos que en 1981 la OMS/UNICEF lanzaron el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en un intento de que la población mundial retornara a las buenas prácticas de la lactancia materna por décadas abandonada y entre otras de las cosas que aprobó ese código era la prohibición por completo de cualquier tipo de promoción de los sucedáneos de la leche



1995



2000



2005

materna, los biberones y las tetinas en los servicios de salud.

En España la comercialización de sucedáneos de la leche materna está regulada por el Real Decreto 867/2008, regulando únicamente las fórmulas de inicio y de continuación. Obviamente este decreto y el énfasis que España finalmente puso en la promoción de la lactancia materna hizo necesario sacar de las canastillas y del propio libro de los Consejos cualquier publicidad referida a alimentación artificial y otro tipo de productos como alimentos destinados a la alimentación complementaria, sin embargo las posturas se fueron radicalizando al respecto y ni biberones, tetinas y chupetes, que sí están incluidos en el Código, aunque no en el decreto español, fueron objeto de exclusión. Present Service cumplió estas normas a pesar de lo cual empezaron a sufrir de forma ostensible a partir del 2008 el veto en muchas maternidades y centros de salud, inexplicablemente porque las canastillas ya no llevaban nada que infringiera la norma impuesta, y para colmo impedían la distribución del libro de "Los consejos de tu matrona" que llegaba con el mismo envío.

Esta situación finalmente se ha hecho insostenible y ha supuesto la quiebra de esta empresa con unos cuantos trabajadores que han pasado a engrosar irremisiblemente las listas del paro desde el 20 de diciembre; de rebote un gran perjuicio para la Asociación Española de Matronas porque habrá de destinar de momento, fondos para los envíos de las guías que aún quedan en depósito. También resultan perjudicadas las mujeres a quienes iba destinada esta información y a las matronas que tenían un recurso de apoyo en su labor educativa, además de representar el mejor marketing para la profesión. ¡Era el regalo de su matrona!

Sin cuestionar, en absoluto, el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y apostando por la necesidad promover la lactancia materna, y nada mejor que tratar de hacerlo informando a las mujeres y a la opinión pública en general, hacemos alguna observación: La Asociación Española de Matronas ha sido siempre pro LM y de hecho promotora y miembro de la IHAN pero, la promoción y formación sobre LM no puede estigmatizar a las madres que no eligieran la lactancia materna y prácticamente criminalizar a las empresas de alimentación infantil y relacionadas. Es más, se ha demostrado que el impacto de la publicidad en la decisión de cambiar la lactancia materna a la artificial es "insignificante" y que la decisión de alimentar con biberón es una "decisión pragmática basada en circunstancias personales".

Como sabemos, el uso de biberones, tetinas y chupetes es tan antiguo como la humanidad, porque dificultades con la lactancia las ha habido siempre y entonces, no podríamos atribuirle el hecho a la leche artificial que llegó en el siglo XX...; existieron y existen dificultades con la lactancia que necesitan ser solventadas y por encima de esto,



2014



2016



2019

decisiones que debieran ser libres y respetadas absolutamente.

No son buenos los “prohibicionismos” negando la libertad de elección de las personas, lo mismo que admitir las voces de los extremos radicales que se erigen en portavoces, en este caso de todas las mujeres cuando solo representan a su grupo o acaso una corriente y sus convicciones...

También es cierto que ha habido matronas que desde el año 1985 han colaborado con criterio y entusiasmo no solo en la redacción de esta guía sino en la revisión y actualización de los textos y que han defendido con razones la sin-razón de gestores, coordinadores y directores....que veían en estas canastillas, ya que seguro nunca las miraron con detenimiento, un mensaje contrario a la tendencia oficialista de promover la lactancia materna, porque si no, no se explica el veto que les impusieron, sin comprobar el contenido de las mismas.

Cada vez cuesta más pensar que es verdad que la sociedad actual es más inteligente y preparada cuando, como se demuestra una vez más, nos falta la conciencia crítica para cuestionar lo que acontece a nuestro alrededor, porque no dudéis de que llevando por bandera la evidencia científica (y apuntamos, la evidencia científica del momento que en muchos temas se queda enseguida obsoleta de tantas y tantas evidencias que sobrepasan a la que fue la primera), también se cometen atropellos y errores que el tiempo se encargará de desvelar. **Y, por supuesto, que no cuestionamos la evidencia actual sobre los beneficios para la criatura y su madre.**

Al final creo que en este asunto nadie ha ganado y todos (mujeres, matronas y empresa) hemos perdido mucho... **¡Y todo por prohibir, sin filtrar, que las canastillas son una cosa y el libro de los consejos de las matronas para las mujeres es otra muy distinta!.**

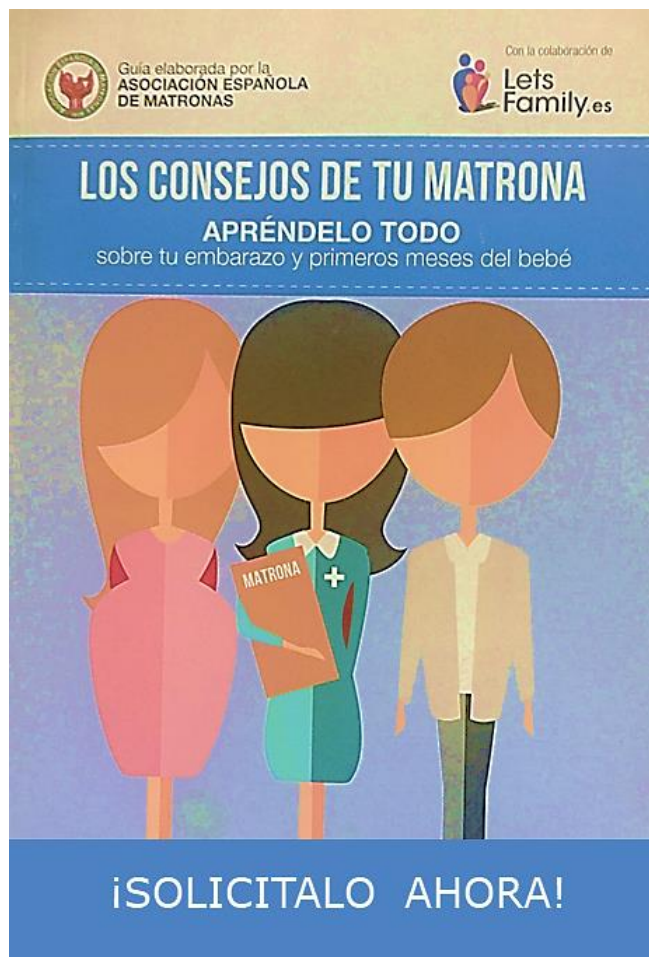
Los daños colaterales se han producido y son irreversibles.

A partir de ahora y hasta agotar las existencias, la Asociación Española de Matronas se encargará de distribuir el libro impreso de “Los Consejos de tu Matrona” a todas las matronas que lo soliciten.

Después de esto “Los Consejos de tu matrona” seguirán vivos a través de la “vía on line” (www.aesmatronas.com) por su potencial educativo aunque las mujeres echaran de menos su versión/libro que muchas llevan en el bolso.



AVISO PARA MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



*** Si se trata de un Centro de Salud con varias matronas tendrías que hacer un pedido único para compartir.**

Al cierre de la empresa Present Service, que se ocupaba de la impresión y distribución de “Los Consejos de tu matrona”, nos quedan 22.500 unidades en la Asociación Española de Matronas que enviaremos a los Centros de Salud que lo soliciten.

Después el libro solo se distribuirá en versión “on line” desde la web de la Asociación, sin publicidad.

Para todas las matronas de AP que quieran recibirlo para regalar a las gestantes, pueden solicitarlo y se lo enviaremos.

¿Como hacerlo?

1- Solicitarlo en:

matronas@asociación-nacional.com

2- Indicar el nombre de la matrona que lo solicita y lo recibirá.*

3- Indicar el nombre y dirección postal del Centro o lugar de envío.

4- Indicar el número de unidades que necesita para el primer semestre 2020, según el número de embarazos nuevos previsibles.

UNA NUEVA INVESTIGACIÓN ENCUENTRA QUE LA VIDA COSTERA ESTA VINCULADA CON UNA MEJOR SALUD MENTAL

Vivir cerca del mar podría apoyar una mejor salud mental en las comunidades urbanas más pobres de Inglaterra, encuentra un nuevo estudio publicado en la revista Health and Place.

Investigadores de la Universidad de Exeter utilizaron datos de encuestas de casi 26.000 encuestados en su análisis, lo que marca una de las investigaciones más detalladas jamás realizadas sobre los efectos del bienestar de estar al lado del mar.

Después de tener en cuenta otros factores relacionados, el estudio reveló que vivir en grandes ciudades cerca de la costa de Inglaterra está relacionado con una mejor salud mental para aquellos en los hogares con menor ganancia.

Aproximadamente uno de cada seis adultos en Inglaterra sufre de trastornos de salud mental como ansiedad y depresión, y estos son mucho más probables en personas de orígenes más pobres. Los hallazgos sugieren que el acceso a la costa podría ayudar a reducir estas desigualdades sanitarias en pueblos y ciudades cercanas al mar.

La investigación utilizó datos de la Encuesta de Salud para Inglaterra y comparó la salud de las personas con su proximidad a la costa; de aquellos que viven a menos de 1 km de distancia, a los que están a más de 50 km de distancia. Sus hallazgos se suman a la creciente evidencia de que el acceso a los espacios azules, en particular a los entornos costeros, podría mejorar la salud y el bienestar.

La Dra. Jo Garrett dirigió el estudio y cree que los resultados podrían tener implicaciones importantes, dijo: *"Nuestra investigación sugiere, por primera vez, que las personas en hogares más pobres que viven cerca de la costa experimentan menos*



síntomas de trastornos de salud mental. Cuando se trata de salud mental, esta zona "protectora" podría desempeñar un papel útil para ayudar a nivelar el campo de juego entre los de ingresos altos y bajos".

El informe representa la primera vez que los beneficios de la vida costera se han demostrado a un nivel tan detallado según los ingresos, y llega cuando Natural England se prepara para abrir el acceso a toda la Ruta de la Costa de Inglaterra para 2020. Con 630 millas de la ruta de la costa suroeste ya de acceso libre, iniciativas como esta pueden proporcionar una manera para que las comunidades aprovechen los beneficios de bienestar de vivir cerca del mar.

El Dr. Mathew White, psicólogo ambiental de la Universidad de Exeter, dijo: "Este tipo de investigación sobre la salud azul es vital para convencer a los gobiernos de proteger, crear y fomentar el uso de los espacios costeros. Tenemos que ayudar a los responsables políticos a entender cómo maximizar los beneficios de bienestar de los espacios "azules" en los pueblos y ciudades y garantizar que el acceso sea justo e inclusivo para todos, sin dañar nuestros frágiles entornos costeros".

Este trabajo forma parte del proyecto Blue Health, financiado por el programa Horizonte 2020 de la Unión Europea

El artículo, titulado "Proximidad costera y salud mental entre adultos urbanos en Inglaterra: El efecto moderador de los ingresos del hogar"

Fuente: Universidad de Exeter.

LOS MÉDICOS SE SUICIDAN MÁS QUE LA POBLACIÓN GENERAL

Entre 2005 y 2014, 119 médicos se suicidaron en España, lo que supone un 1,3% respecto al total de fallecimientos de facultativos. En el mismo periodo, el porcentaje de suicidios de la población general fue del 0,8%. En el caso de las mujeres médicos, la diferencia entre ambos grupos se dispara hasta el 7,5%



“Según los datos analizados, que comprenden los fallecimientos registrados entre 2005 y 2014, 119 facultativos se quitaron la vida, lo que supone un 1,3% de suicidios respecto al total de fallecimientos. La incidencia entre las muertes de la población general sería del 0,8%; es decir, la tasa de suicidio entre médicos supera medio punto a la general. Si se disgrega por sexos, las médicas tienen un porcentaje de suicidio hasta 7,5% mayor que las mujeres de la población general.

Este análisis, el primero que se elabora en España sobre las causas de fallecimiento de los facultativos viene a refrendar, ésta vez con datos nacionales, una tendencia que ya se había observado en diferentes estudios de otros países. El estudio ha sido presentado en la sede de la OMC por su presidente, Serafín Romero, y por Margarita García Ferruelo, subdirectora del INE, que ha aportado los datos relativos a la población general. Juan Manuel Garrote, coordinador del estudio, ha presentado los datos, junto a María Irigoyen, psiquiatra y secretaria general del Colegio de Médicos de Lleida, y Sonsóles Castro, vocal de Administraciones Públicas de la OMC y médico forense.

Entre las llamadas causas externas de mortalidad (que, además del suicidio, incluyen factores como los accidentes de tráfico, los ahogamientos, las agresiones o las complicaciones en la atención médica), el suicidio y las lesiones autoinflingidas constituyen la primera causa de muerte tanto entre los médicos como entre la población en general. En ambos segmentos poblacionales, los accidentes de tráfico constituyen la segunda causa de muerte por causas externas, no relacionadas con patologías.

No obstante, entre los médicos varones, el suicidio y los accidentes de tráfico son mayores en porcentaje que en varones de la población general (28,9% frente a 27,4% y 23,2% frente a 20,8%, respectivamente). En el caso de las mujeres médico, el peso porcentual del suicidio entre las causas externas de muerte se dispara con respecto al conjunto de las mujeres españolas: un 45,8% frente al 37,2%; en el caso de los accidentes de tráfico, el porcentaje de las facultativos también es más elevado que el de la población general: 24,1% frente al 21,7 %.

Causas naturales

En cuanto a las causas naturales de defunción, el caso de las enfermedades, el patrón de los fallecimientos médicos es similar al que presenta el resto de la ciudadanía.

No obstante, los médicos mueren un 5,4% más que la población en general a causa de tumores, y esa diferencia es especialmente significativa en el tramo de edad comprendido entre los 40 y los 49 años (un 12,1% más de muertes en el caso de los médicos).

También en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio, los fallecimientos son mayores entre los médicos que entre la población en general (28,8% frente a 27,9%), aunque la tendencia se invierte cuando se analizan las muertes por patologías del sistema respiratorio: 12,7% de la población general frente a un 10% de médicos”.

*Fuente: Diario medico
Francisco Goiri. Madrid*

EL SUEÑO PROFUNDO ES CLAVE PARA CALMAR LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

Los investigadores descubren que dormir bien refuerza la reorganización de las conexiones cerebrales

"Investigadores de UC Berkeley (Estados Unidos) han descubierto que el sueño profundo ayuda a calmar los estados de ansiedad, ya que ayuda a reorganizar las conexiones cerebrales, por lo que siempre que se duerma profundamente todos los días servirá como un ansiolítico natural.

Los hallazgos, publicados en la revista Nature Human Behaviour, proporcionan uno de los vínculos neuronales más fuertes entre el sueño y la ansiedad obtenidos hasta la fecha. "Nuestro estudio sugiere que el sueño insuficiente amplifica los niveles de ansiedad y, por el contrario, que el sueño profundo ayuda a reducir ese estrés", han dicho los expertos.

En una serie de experimentos con resonancia magnética funcional y polisomnografía, entre otras medidas, escanearon los cerebros de 18 adultos jóvenes mientras veían videos emocionantes tras haber tenido una noche de sueño. Después, repitieron el estudio tras una noche de insomnio. Los niveles de ansiedad se midieron después de cada sesión.

Después de una noche sin dormir, los escáneres cerebrales mostraron un cierre de la corteza prefrontal medial, que normalmente ayuda a mantener la ansiedad bajo control, mientras que los centros emocionales más profundos del cerebro estaban hiperactivos.

Restauración del mecanismo prefrontal

Tras una noche completa de sueño, durante la cual las ondas cerebrales de los participantes se midieron a través de electrodos colocados en sus



cabezas, los resultados mostraron que sus niveles de ansiedad disminuyeron significativamente.

"El sueño profundo había restaurado el mecanismo prefrontal del cerebro que regula nuestras emociones, disminuyendo la reactividad emocional y fisiológica y evitando la escalada de ansiedad", han explicado los investigadores.

Posteriormente, los investigadores replicaron los resultados en un estudio de otros 30 participantes, en los cuales se volvió a observar que los que habían tenido un sueño más profundo tenían niveles más bajos de ansiedad durante el día.

"Las personas con trastornos de ansiedad suelen decir que duermen mal, pero rara vez se considera la mejora del sueño como una recomendación clínica para reducir la ansiedad. Nuestro estudio no solo establece una conexión causal entre el sueño y la ansiedad, sino que identifica el tipo de sueño profundo que necesitamos para calmar el cerebro ansioso", han zanjado".

Fuente: Redacción Médica

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

A pesar de que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un tema fundamental para la salud pública y la atención clínica, muchas naciones aún no la han incluido en sus políticas de salud. En muchos programas y políticas nacionales de salud de diversos países, en general no se entiende ni se reconoce el papel decisivo que pueden desempeñar tanto el sistema de salud como los proveedores de servicios de salud en cuanto a la identificación, la evaluación, el tratamiento y la intervención en casos de crisis, así como en el registro, la derivación y el seguimiento de los casos.

En este libro que os presentamos se resume la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2013 titulada *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, elaborada por un grupo internacional de expertos que realizaron un análisis minucioso de la evidencia científica. Contiene recomendaciones basadas en pruebas científicas a fin de introducir en los servicios y programas de salud, políticas encaminadas a mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia contra la mujer.

Estas recomendaciones tienen por objeto concienciar acerca de la violencia contra la mujer a los proveedores de servicios de salud y a las instancias normativas encargadas de planificar, financiar e implantar servicios de salud y capacitación profesional, al igual que alentar una respuesta del sector de la salud sustentada en pruebas científicas y fortalecer la capacidad de los proveedores de servicios de salud y de otros integrantes de los equipos multidisciplinarios.

Ha tardado un tiempo en estar disponible en español pero eso no le ha hecho perder vigencia desgraciadamente. Para las matronas puede ser una herramienta especialmente útil en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. No podemos olvidar que:

- **La violencia contra la mujer, especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.**
- **Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.**
- **La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.**
- **Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.**
- **La violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH.**

Y las matronas estamos muy cerca de las mujeres...



https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/VAW_infographics/es/



2020

4 de febrero

VIII JORNADA DE LA ASOCIACIÓN DE MATRONAS DE MADRID

*Matronas: defensoras de los
derechos de las mujeres*

Programa

8:00-9:00h Recogida de Documentación.

AUDITORIO.

9:00-9:30h Inauguración.

9:30-11:00h 1ª MESA:

Presente y futuro en la investigación.

Moderadora: Isabel del Cura González. Matrona

Tesis Doctoral. Papel de la abuela sobre la vivencia de la madre lactante. Transmisión intergeneracional.

Rocío Rodríguez Vázquez. Matrona

Trabajo Investigación. Matronas y Feminismo. Una Aproximación Cualitativa.

Laura Jiliberto Serrano. Matrona.

Tesis Doctoral. Administración de oxitocina y vía de parto: asociación con el cese de la lactancia materna.

Aurora Fernández-Cañadas Morillo. Matrona.

Trabajo Investigación. Aproximación Cualitativa a la opinión de las matronas sobre el parto en casa.

Adrián Miyares Olavarría. Matrona.

11:00-11:30h Pausa café.

13:00h 2ª MESA: Nuevos Retos.

Moderadora: María Jesús Domínguez Simón. FAME

Control y Prevención de la Enfermedad de Chagas en España. ¿Qué hemos alcanzado?.

María Delmans Flores-Chávez. L. Bioquímica.

¿Las propuestas feministas deben incluir bases científicas?.

Esther Roca Campos.

Directora máster NEE y atención temprana en Universidad Internacional de Valencia

Referente de Matrona Trabajando por mejorar.

Gema Magdaleno del Rey. Matrona.

Centros de nacimientos en España. Un derecho de las mujeres.

Lucía Rocca-Ihenacho. Midwifery Unit Network.

13.:00-13:30h Clausura.

14:30-16:00h Almuerzo cocktail.

16:00-18:00h Talleres (Plazas limitadas).

SEDE: Auditorio Hospital Clínico San Carlos

Secretaría Técnica: Alberto Bosch, 13 • 28014 Madrid (Spain) Tel.: +34 913 30 05 65 •

E-mail: matronas@viajeseci.es



Miércoles 19 de febrero 2020

08:30 Recogida de documentación

08:45 - 10:00 Inauguración los grandes avances en Salud de la Mujer

10:00 - 11:00 Infecciones génito-urinarias, nuevas estrategias

11:00 – 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Los dos nutrientes básicos en el sistema musculoso esquelético: Vit D y Colágeno

12:30 - 14:00 Avances en el riesgo cardiovascular de la mujer

14:16- Comida libre

16:00 - 17:00 Progresos de la anticoncepción

17:30 – 18:00 Descanso café

18:00 - 19:00 La Vulva y la Vagina, áreas de mayor conocimiento

Jueves 20 de febrero 2020

08:45 - 10:00 Respondiendo a las 10 preguntas más frecuentes de nuestras pacientes

10:00 - 11:00 Necesidad de usar las estrategias preventivas contra el virus del papiloma

11:00 – 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Insomnio y depresión, dos patologías muy frecuentes en la mujer

12:30 - 14:00 Dolor sexual

14:00-16:00 Almuerzo libre

16:00 - 17:00 El reto de saber comer y beber

17:00 – 17:30 Descanso café

18:00 - 19:00 Manejo hormonal en la peri y post-menopausia



Programa

Viernes 21 febrero

08:45 - 10:00 La artrosis: necesidad de su prevención. ¿Qué herramientas tenemos para mejorar la situación?

10:00 - 11:00 Ácidos grasos Omega3 y salud de la mujer

11:00 - 11:30 Descanso café

11:30 - 12:30 Diabetes y mujer

12:30 - 14:00 Los test genéticos al servicio de la medicina preventiva

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.samem.es>

<https://www.samem.es/programa1>

<https://www.samem.es/inscripciones>

Cuotas de inscripción:

- Médicos y farmacéuticos: 300,00 Euros
- Enfermeras y matronas: 150,00 Euros
- Becados: 25,00 Euros*

La inscripción incluye:

- Certificado de asistencia
- Certificado de Créditos (en caso de haber cumplido con los requisitos)
- Entrada a sesiones científicas
- Carpeta de documentación
- Cafés

La inscripción debe realizarse únicamente a través del formulario electrónico que encontrará en esta página web: <https://www.samem.es/inscripciones>

La inscripción quedará formalizada en el momento en que se reciba el pago correspondiente y a continuación se le enviará un correo electrónico de confirmación.

Formas de Pago:

Mediante tarjeta de crédito.
Transferencia bancaria

“Instituto Palacios - SAMEM”

Banco Sabadell

Nº de cuenta IBAN:

ES19-0081-5077-7000-0148-7354

***SOLICITUD DE BECAS (Solo por mail):**
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

matronas@asociación-nacional.com



CUESTIONARIO SOBRE LA ACTITUD Y ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE LA MUJER QUE SUFRE UNA MUERTE FETAL

<https://docs.google.com/forms/d/1066zcE6Dp7qaGRMLqIonOgi33DaP7kl7roh7APcVchM/edit?ts=5de02942>

Estimadas/os colegas:

Este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación cuya finalidad es conocer la actuación, actitud y gestión emocional de las/os matronas/es en la atención de una mujer que está pasando por una situación de muerte fetal intraútero. Para ello te pedimos colaboración como profesional de la matronería, mediante la cumplimentación de este cuestionario, EN EL CASO DE QUE HAYA ATENDIDO AL MENOS UNA SITUACIÓN DE MUERTE FETAL INTRAÚTERO A LO LARGO DE SU CARRERA PROFESIONAL.

Completarlo te llevará aproximadamente unos 5-8 minutos.

Tu participación será anónima, y la información ofrecida sólo será manejada por aquellas personas con autorización. En cumplimiento con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos) se te informa que los datos personales aportados, mediante la cumplimentación de este formulario, serán tratados exclusivamente con la finalidad de desarrollar este proyecto de investigación.

La información que os proporcionamos tiene un gran valor y es imprescindible para que este proyecto se pueda llevar a cabo. Por favor, RESPONDE CON SINCERIDAD a las preguntas que incluye el siguiente cuestionario. Los resultados obtenidos del mismo también servirán para poner de manifiesto la necesidad de formación que pueda existir en este aspecto concreto de la atención que se presta a la mujer y a los progenitores en general.

Te agradecemos de antemano la información brindada.

¿Por favor, participa!

<https://docs.google.com/forms/d/1066zcE6Dp7qaGRMLqIonOgi33DaP7kl7roh7APcVchM/edit?ts=5de02942>

Equipo de matronas investigadoras

OFERTA EMPLEO 4 PLAZAS DE MATRONA EN EL HOSPITAL DE FUENLABRADA (MADRID)



Mediante RESOLUCIÓN de 29 de noviembre de 2019, de la Dirección-Gerencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada, se ha publicado este lunes, 16 de diciembre, en el BOCM, la convocatoria del proceso para la selección de personal laboral fijo, por acceso libre y acceso restringido por promoción interna, para cubrir 4 plazas de Matrona y se aprueban las Bases Reguladoras del Proceso.

El plazo de presentación de las solicitudes será de treinta días naturales a contar desde la fecha de publicación.

Acceso a la Resolución:

http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2019/12/16/BOCM-20191216-18.PDF

SE OFERTA TRABAJO PARA 1 MATRONA

Servicio canario de salud.

Lugar: Lanzarote. Atención Primaria.

Duración: Contrato de 1 año

Contacto: 928595668



**Servicio
Canario de Salud**

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272759/9789243513577-spa.pdf>





AVANCE DEL PROGRAMA CIENTIFICO

CURSO 1 PRE-CONGRESO - **Ultrasonido en trabajo de parto. Controversia**

CURSO 2 PRE-CONGRESO – **Monitorización fetal intraparto**

CURSO 3 PRE-CONGRESO - **Detección en el primer trimestre con ultrasonido. Controversia**

CURSO 4 PRE-CONGRESO - **Ventilación no invasiva**

CURSO 5 PRE-CONGRESO - **Monitorización cerebral**

CURSO 6 PRE-CONGRESO - **Infección perinatal**

CURSO 7 PRE-CONGRESO - **Tratamiento de la hemorragia posparto. Controversia**

CURSO 8 PRE-CONGRESO - **Versión cefálica externa - Controversia**

CURSO 9 PRE-CONGRESO - **Ultrasonido del tercer trimestre. Controversia**

CURSO 10 PRE-CONGRESO - **Ecocardiografía**

CURSO 11 PRE-CONGRESO - **Atención familiar integrada**

CURSO 12 PRE-CONGRESO - **Nutrición VLBWI**

¿Qué es importante para las mujeres embarazadas?

¿Qué es importante para las madres y los padres de los bebés de la UCIN?

Prioridades internacionales para la medicina perinatal: las iniciativas FIGO

Premio de maternidad

INFORMACIÓN: www.ecpmcongress.eu

MATRONAS DE CHILE ADVIERTEN DE QUE LA CRISIS SOCIAL QUE VIVE EL PAÍS PODRÍA GENERAR PARTOS PREMATUROS



En 2011, un el National Center for Biotechnology Information publicó el estudio “El efecto del estrés materno en los resultados del parto” del que se extrajo un resultado importante: aumento de un 60% en la proporción de niños que nacieron con 37 o menos semanas de gestación como efecto atribuible al terremoto ocurrido seis años antes en la región de Tarapacá.

El estudio, que aprovechó un terremoto como fuente de estrés agudo, el mencionado de Tarapacá, analizó factores como estrés materno prenatal y el peso al nacer, resultados que en el futuro podrían afectar aspectos cognitivos, educativos y socioeconómicos.

Actualmente los chilenos están viviendo una gran revuelta social que sin duda implica una carga emocional para los ciudadanos y en el caso de las mujeres embarazadas, de forma especial. Las matronas chilenas tienen muy en su memoria aquel suceso y el estudio mencionado porque ellas fueron las que vieron los efectos en sus propias manos pasado el tiempo.

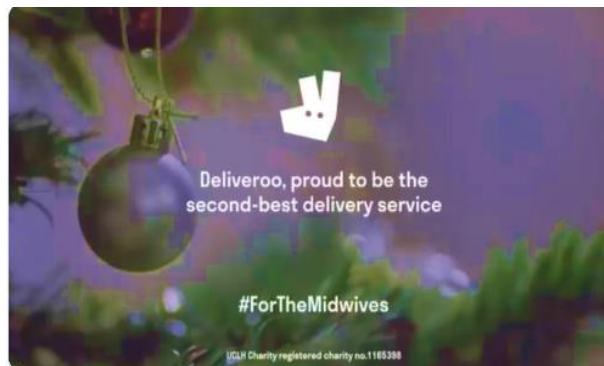
¿Podría este patrón repetirse e causa de los últimos? Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, preguntada si podría repetirse este patrón, señalaba que más de un mes después de iniciada la revuelta social, sin duda sería probable que tuvieran un aumento de partos prematuros. Obviamente esta es la predicción por la experiencia pasada y todos los informes nacionales e internacionales que afirman que hay una causa directa entre el estrés ambiental y la prematuridad de los partos, aunque los datos reales se sabrán pasado el tiempo.

Las matronas chilenas por boca de su presidenta Anita Roman han pedido al Gobierno que finalice la utilización elementos disuasivos en las revueltas callejeras, indicando “que el uso de armas disuasivas y sobre todo, lacrimógenas, son un problema. Que el uso de perdigones y balines debía prohibirse de inmediato lo mismo que el uso indiscriminado de gas lacrimógeno, que afecta a todas las personas, pero particularmente es un riesgo para las mujeres embarazadas, ya que puede causar contracciones, con riesgo de aborto o de partos prematuros”.

Incluso conociendo y asumiendo que las zonas centro de la capital son las zonas más conflictivas las matronas no se atreven a recomendar a las embarazadas de ese área emigrar a otras zonas por las dificultades que podrían tener a la hora de trasladarse una vez iniciado el parto o para consultas o urgencias además de valorar otros factores como el económico que gravitan poderosamente sobre esta elección. La situación sin duda es grave para las mujeres chilenas. El tiempo nos dará los resultados.

CONMOVEDOR ANUNCIO NAVIDEÑO HOMENAJE A LAS MATRONAS INGLESAS.

Deliveroo se enorgullece de ser “el segundo mejor servicio de entregas”, el primero el de las matronas.



Deliveroo creó el anuncio con el hastag #ForTheMidwives para resaltar el trabajo compasivo e incomparable de las más de 20.000 matronas en el país.

Por cada entrega realizada a lo largo de diciembre, la compañía británica hará una donación a las matronas del UCLH (University College London NHS Foundation Trust) porque, como dice el anuncio, se enorgullece de ser el “segundo mejor servicio de entrega en el país” y quiere devolver durante esta época especial del año.

El emotivo anuncio está protagonizado por una verdadera matrona de nombre Katy, de 26 años, que habla sobre su trabajo y los sacrificios que ella y otras personas compañeras hacen para entregar “los regalos más mágicos para los padres”.

Katy, partera del University College London Hospital (UCLH), dice que **“Se necesita mucha capacitación y mucho trabajo para convertirse en partera, es un llamado, una forma de vida en lugar de solo un trabajo”.**

Ha sido fantástico ver hasta qué punto esta visión del trabajo diario de las matronas ha resonado en el público británico.

Las matronas están más ocupadas que nunca y solo el día de Navidad, se esperaba que miles de profesionales den la bienvenida a alrededor de 1.400 recién nacidos en el Reino Unido.

Durante el mes de diciembre, Deliveroo recaudará al menos £ 100.000 para matronas, recaudación obtenida por la combinación de una donación de la compañía y la recaudación de fondos por parte de los clientes el dinero irá al University College London Hospital.

Will Shu, Fundador y CEO de Deliveroo, dijo: "El equipo de Deliveroo ha llevado **un auténtico baño de modestia**" tras pasar tiempo con estos profesionales de la salud altamente cualificados. Estamos felices de apoyar el increíble trabajo de las matronas esta Navidad y arrojar luz sobre los héroes cotidianos que conforman el mejor servicio de entrega del Reino Unido".

Aquellos que han visitado la aplicación Deliveroo en diciembre también pudieron hacer una donación visitando el restaurante 'For the Midwives'.

El anuncio está disponible en :

<https://twitter.com/hashtag/ForTheMidwives>

EL GASTO SANITARIO ESPAÑOL ES INFERIOR A LA MEDIA DE LA UE

Se acaba de publicar el Informe anual “State of Health in the EU · España. Perfil sanitario nacional 2019”, donde se destaca que nuestro SNS ha realizado reformas en la última década influido por la crisis económica de comienzo de la década de 2010, pero que en 2017, el gasto sanitario per cápita (ajustado en función de las diferencias en el poder adquisitivo) era de 2.371€, un 15% por debajo de la media de la UE, de 2.884€. El gasto sanitario ascendía al 8,9% del PIB, también por debajo de la media de la UE, del 9,8% (Ver gráfico).

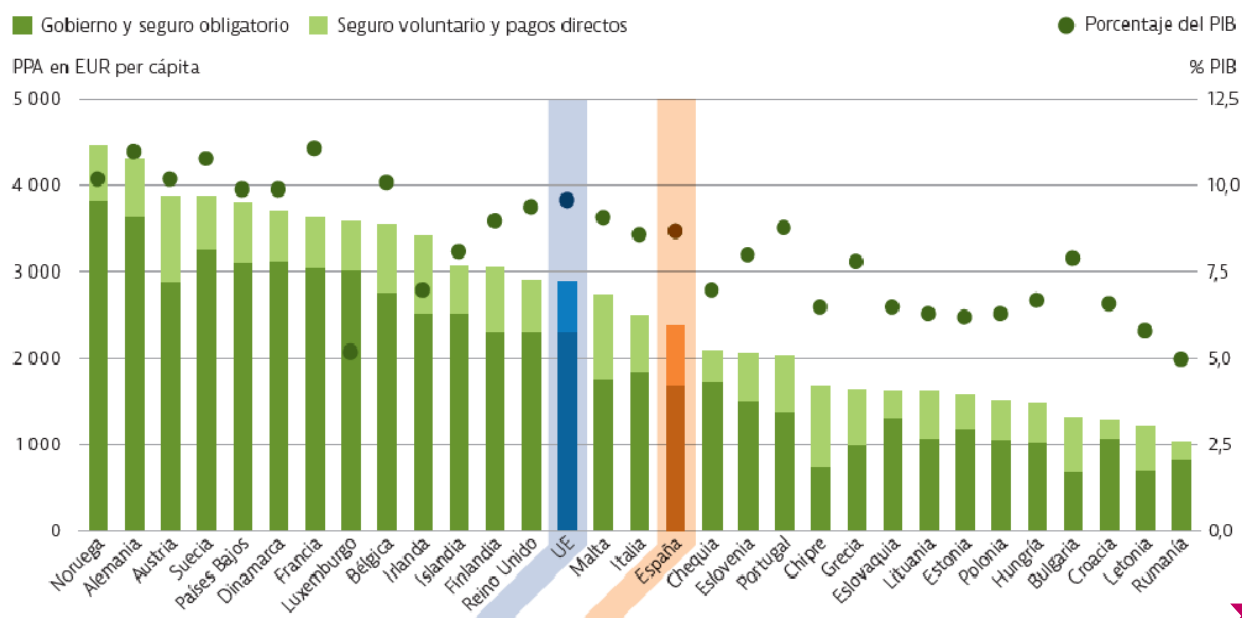
También que el gasto público representaba el 71 % de todo el gasto sanitario en 2017, por debajo de la media de la UE, que es del 79 %. El porcentaje de gasto público que en sanidad descendió tras la crisis económica debido a las medidas de reducción de costes y al aumento de los copagos, ha comenzado a aumentar de nuevo en los últimos años, aunque sigue por debajo del nivel anterior a la crisis.



Indica que el número de médicos y enfermeros ha aumentado en España en los últimos años, tanto en cifras absolutas como relativas al tamaño de la población.

El número de médicos por cada 1.000 habitantes es ligeramente superior a la media de la UE (3,9 frente a 3,6 en 2017), mientras que el porcentaje de enfermeros está muy por debajo de la media de la

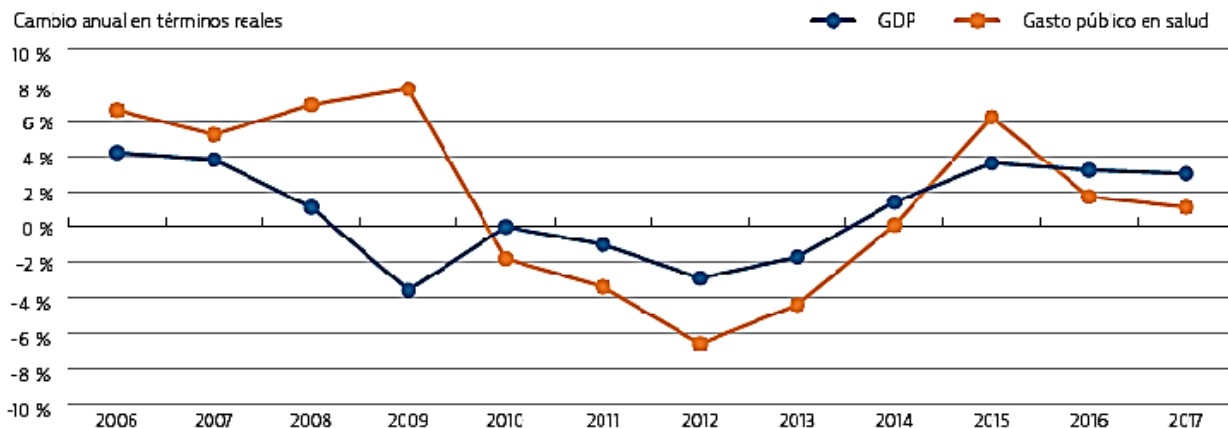
Gráfico 7. España gasta menos en sanidad que la media de la UE



NOTICIAS DE SIMAES

Gráfico 18. El gasto público en salud está volviendo a aumentar tras varios años de reducciones

Cambio anual en términos reales



Fuente: Estadísticas sobre salud de la OCDE de 2019; base de datos de Eurostat.

UE (5,7 por cada 1.000 habitantes frente a 8,5), ya que el número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, aunque lleven a cabo tareas similares a las que realizan muchos enfermeros en otros lugares de Europa. Hay informes de la CE que indican una escasez cada vez mayor de enfermeros y el uso creciente de contratos temporales y a tiempo parcial que da lugar a una gran rotación del personal.

Tras la crisis económica el gasto sanitario disminuyó durante varios años antes de volver a crecer en los últimos años (Ver gráfico). Mirando hacia el futuro, se prevé que el envejecimiento de la población y un crecimiento económico moderado añadan presión al gasto público en salud y cuidados de largo plazo en los próximos años y décadas. Está previsto que el gasto público en salud pueda aumentar en 0,5 puntos porcentuales del PIB entre 2016 y 2070, mientras que se prevé que el gasto público en cuidados de largo plazo crezca 1,3 puntos porcentuales, lo cual puede poner en peligro la sostenibilidad presupuestaria a medio y largo plazo.



DECLARACIÓN CONTRA EL CIERRE DEL PARITORIO DE VERÍN

Puede convertirse en la punta de lanza para desarticular decenas de paritorios comarcales.

La falta de seguridad para los usuarios no es la verdadera causa del cierre, el motivo es económico y de falta de planificación.

Decide la Xunta cerrar el paritorio de Verín pero manifiesta mantener la atención a las embarazadas. No es una contradicción, es una estrategia. Lo que pretenden es dar la impresión de que prestan un servicio, cuando la realidad es que lo reducen al mínimo por motivos economicistas y que, además, creamos que lo hacen por el bien de las mujeres de la comarca y por el bien común.

El consejero de Sanidad de Galicia ha tratado de explicar esta decisión, en su intervención ante el Parlamento de Galicia, rechazando las acusaciones de que está desmantelando el Hospital Comarcal de Verín. Insiste en que la reordenación de la atención obstétrica y pediátrica en la provincia de Ourense obedece exclusivamente a razones de seguridad y calidad. ***"Priorizamos la seguridad de las madres y, sobre todo, de los neonatos,..."***. Indica que continuara siendo el centro de referencia para el seguimiento de las gestantes de la zona y la atención posterior al parto, es decir, pasará a hacer lo mismo que un Centro de Salud. Por si alguien pudiera tener alguna duda de sus intenciones, se ha atrevido a asegurar que solo será la ecografía de la semana 22, que ya se hace en Ourense, y el acto del parto, lo que se derivará ahora al Hospital de Ourense. Más claro imposible.

¿Cómo lo justifica?, pues muy fácil, con cifras que, además, para todos son evidentes: los partos se han reducido en los últimos años y son más complejos (mayor edad de las madres y aumento de gestaciones múltiples).



Con éstos argumentos habría que cerrar la inmensa mayoría de paritorios en los hospitales comarcales de toda España, pero es que además este mensaje es contradictorio: son menos pero más complejos.

Los políticos, gallegos o no, insisten en que influye en estas decisiones la galopante escasez de médicos especialistas, especialmente pediatras. Ciertamente el pediatra que cubría servicio en Verín dejó de hacerlo por jubilación, pero ese hecho era previsible, como lo es que sucesivamente el problema de la falta de especialistas se irá generalizando, incluida la previsible falta de enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas). También que hay puestos de muy difícil cobertura, por su aislamiento, condiciones o necesidades de desplazamiento, pero eso también es previsible y ya hay CCAA que incentivan su cobertura. En resumen, todo lo que acontece en Verín era de prever, menos para los políticos que siguen sin ver ni atender a razones.

Alegan que la prioridad del SERGAS es la seguridad de las madres y de sus hijos, porque en el Hospital de Ourense tendrán todos los medios técnicos para atenderles, pero no es verdad que la seguridad de las usuarias sea el motivo del cierre. Que sepamos, parir en Verín fue y sigue siendo seguro: en ningún momento la asistencia de mujeres y recién nacidos en el hospital de Verín fue peligrosa, y si lo fue, que lo digan y denunciaremos al responsable. Un detalle trascendental en la seguridad de un parto es la

NOTICIAS DE SIMAES



calidad de la atención, la proporción de matronas por cada mujer y la proximidad de la atención a la usuaria, y en ello Verín supera a Ourense. Siquiera sugerir que la falta de parturientas merma la pericia de las matronas es inaudito, más aún si quien lo hace es la Xunta, la encargada precisamente de mantener actualizadas a todas las matronas, favoreciendo y facilitando la formación continuada. Pero es que además, las matronas gallegas cuentan con reconocido prestigio profesional entre sus colegas, tanto nacionales como internacionales.

Tampoco es aceptable mantener que el aumento de partos en mujeres con edad avanzada suponga un riesgo en Verín, puesto que, en el caso de que un embarazo fuese susceptible de ser considerado de riesgo, ya existen protocolos en todos los hospitales comarcales, también en el de Verín, para que éstos embarazos se deriven a los hospitales de referencia para su control y asistencia durante el parto.

A la Xunta parece solo preocuparle los facultativos especialistas y, desde luego, es motivo de preocupación, pero no tienen en cuenta que el primer paso para resolver éste y otros problemas es contar con matronas en la atención al parto de bajo y mediano riesgo. Las matronas son económicamente eficientes, el personal sanitario capacitado para la atención al parto normal (los que atiende el paritorio de Verín) y las ideales para atender la salud reproductiva y sexual de las mujeres, según organismos internacionales como la ICM o la OMS, por poner dos ejemplos.

Para SIMAES todas las familias son importantes, todas tienen los mismos derechos y obligaciones y todas deben recibir una atención de calidad adecuada a sus necesidades. Que nazcan niños en Verín es necesario y debe propiciarse el aumento de la natalidad, no sólo predicarlo, también favorecerlo con hechos. Cerrar un paritorio a más de 70 kilómetros de un centro hospitalario en una zona montañosa, no es precisamente una ayuda incentivadora. El mundo rural precisa otro discurso y otros hechos, y no vamos a quedarnos mirando como dismantelan paritorios comarcales cercanos a las mujeres que los necesitan, cuando la evidencia



científica orienta hacia lo contrario.

Para el Sindicato de Matronas no hay motivo económico que justifique falta de asistencia a las mujeres, rechaza el cierre del paritorio de Verín e insta a la Xunta a evitar experimentos como éste, carentes del más mínimo rigor científico, y a que garanticen los servicios y la atención sanitaria de calidad para todos los gallegos, sin perjuicio de su lugar de residencia o género.

Para ello les exhortamos a que, conjuntamente con los Colegios y Asociaciones Profesionales implicadas, diseñen un nuevo modelo de atención a la maternidad sostenible, accesible y con continuidad en la atención que preserve el derecho de las mujeres y de sus bebés a una atención cercana, saludable y costo-efectiva.

LA COMISIÓN PLENARIA DE SIMAES

NOTICIAS DE SIMAES

LA RECLASIFICACIÓN PROFESIONAL SANITARIA NECESARIA.

Una Reclasificación Profesional Sanitaria es preceptiva después de los Acuerdos de Bolonia y el Real Decreto de Especialidades de Enfermería, y además es innegociable.

Mezclando churras con merinas, diversos sectores sanitarios están generando un debate interesado entre quienes reivindican la reclasificación profesional de las profesiones sanitarias y los que prefieren dar prioridad a la recuperación del poder adquisitivo "confiscado" en el año 2010 y no devuelto. Nada tiene que ver un problema con el otro y, desde luego, no sería aceptable que una cuestión fuese moneda de cambio para soslayar la otra.

Que los sanitarios españoles perdimos más de un 6% de nuestros salarios en el ejercicio 2010, es un hecho indiscutible que, en justicia, debe recuperarse paulatina y progresivamente en escasos ejercicios, sin más excusas.

Otra cuestión muy diferente es la reivindicación histórica de una nueva clasificación profesional para los sanitarios, especialmente después de Bolonia y de las sucesivas incorporaciones al SNS de las

especialidades de enfermería (Real Decreto 450/2005), con una preparación universitaria superior al Grado. Que quieran vender el avance en un tema para, aprovechando la coyuntura, soslayar el otro, es bochornoso y no asumible.

Sindicatos de clase, como CCOO, ya han propuesto una nueva clasificación profesional (en función de los créditos cursados durante el grado universitario según la normativa europea, los ECTS), sobre la premisa de que enfermeros, Matronas, fisioterapeutas, logopedas, podólogos, trabajadores sociales, ópticos y terapeutas ocupacionales pasen del A2 al A1; y los médicos especialistas y facultativos suban del A1 al A.

En SIMAES consideramos que lo más justo es que, si todos somos Grado, todos seamos del Grupo A, sin subgrupos, pero con la valoración del mérito y la responsabilidad que se adquiere con una formación especializada en forma de complemento

Cualificaciones y clasificación profesional en el sector sanitario



GRUPO	SUBGRUPO	TITULACIÓN
A	A	GRADO UNIVERSITARIO >240 ECTS
	A1	GRADO UNIVERSITARIO 240 ECTS
	A2	GRADO UNIVERSITARIO <240 ECTS
B		TÉCNICO/A SUPERIOR
C	C1	BACHILLER O TÉCNICO/A
	C2	GRADUADO EN ESO

salarial, como ya se hace en otras profesiones. Pero ocurre que ninguna Administración reconoce el COMPLEMENTO DE ESPECIALIDAD entre los sanitarios, es más, no puede legalmente existir porque no se determina entre los complementos reconocidos en nuestro ordenamiento para las retribuciones (Artº 43 de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud). Confirma esta regla la excepción de Cantabria, que no contradice la normativa, sino que la adapta aprovechando el Complemento de Productividad para pagar más a las Matronas. Un camino que SIMAES ha apuntado a otras comunidades sin éxito.

Recordemos que una vez implantado en España el Espacio Europeo de Educación Superior (Acuerdos de Bolonia), se han extinguido los planes de estudios de licenciatura y diplomatura, siendo actualmente todos titulados universitarios que obtienen un título de Grado, entre los que se incluyen las enfermeras con los mismos créditos ECTS que el resto de titulaciones universitarias. Esta circunstancia debería haber modificado el contenido del artículo 76 del Estatuto Básico del Empleado Pública (EBEP) hace mucho tiempo, eliminando la división del Grupo A en los Subgrupos actuales de A1 y A2. Recordemos que según lo previsto en la Ley 7/2007 EBEP, para acceder a los subgrupos A1 y A2 de la Función Pública la titulación requerida es la de grado. No obstante, en la disposición transitoria tercera, se indica que (transitoriamente) el Grupo B actual (diplomados) equivaldría al Subgrupo A2.

Por lo tanto, esta es una cuestión urgente que se debe solucionar de forma definitiva.

Estimamos que la diferencia en las percepciones retributivas de los sanitarios no debe hacerse en base exclusivamente a la titulación académica, porque calificar y clasificar a todos los titulados de

grado con el grupo A no soluciona el problema de fondo. En SIMAES estimamos que las retribuciones deben ser determinadas en función de la responsabilidad de las funciones que se asumen y de las condiciones de acceso al ejercicio profesional (las Matronas tienen unas funciones definidas, superan un examen EIR y cursan dos años de formación específica), tal y como ya establece el mismo Estatuto.

El proceso será largo y aunque ya hay posicionamientos, como la de los médicos, que claman por marcar diferencias, lo cierto es que aunque hace ya cuatro años (BOE de 12 de agosto de 2015) que se reguló la equiparación del título de licenciado en Medicina con el nivel 3 del Mecés (marco español para promover la movilidad de la educación superior en Europa), o lo que es lo mismo: la equivalencia de su título al nivel de máster, la situación sigue sin cambiarse. Los médicos dicen, con razón, que la realidad profesional de los estudiantes del grado de Medicina presenta una “inequidad absoluta en comparación a otros grados” (el grado de Medicina tiene 360 créditos, y vale lo mismo que un grado que tiene 240, con menos niveles de competencia). Sienten que salen perjudicados en lo relacionado con retribuciones salariales dentro de la función pública porque no todos los grados son iguales. Este es un criterio que compartimos las Matronas, no todos los grados son iguales.

En consecuencia habría que plantearse la modificación, tanto del artículo 76 del EBEP como la del artículo 43 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, incluyendo, como un nuevo tipo de retribución complementaria, la especialidad, de otro modo seguiremos teniendo la misma retribución básica que las enfermeras generalistas y cobrando lo mismo o menos que ellas.

Nivel Cualificación MECES	ESTUDIOS OFICIALES	Correspondencia con el Marco Europeo de Cualificaciones
NIVEL 1	TECNICO SUPERIOR	5
NIVEL 2	GRADO	6
NIVEL 3	MASTER	7
NIVEL 4	DOCTOR	8

<https://forms.gle/tycgt2vcMN15pkLh8>,



VII JORNADA DE MASAJE INFANTIL

Cuidando el Apego

Sábado 8 de FEBRERO de 2020



Asociación Española de Masaje Infantil

Inscripciones:

✉ aemi@masajeinfantil.es

☎ +34 934 366 745



 **I.E.S. Hotel Escuela**

Ctra. de Colmenar Viejo, Km. 12,800

Madrid 28049

LIBRE DE ELECCIÓN DE MATRONA (Y ENFERMERA) EN OSAKIDETZA

Hace poco más de un mes exactamente a mitad de noviembre, en la inauguración de las jornadas Nursing Now Euskadi, celebradas en Bilbao con el objetivo de explorar formas de dar visibilidad a la enfermería y potenciar las competencias de estos profesionales la Consejera de Salud Nekane Murga hizo un anuncio importante al respecto: **que el Departamento de Salud aprobaría antes de que terminara el año el decreto de libre elección de profesionales de Atención Primaria**, que permite que el ciudadano o la ciudadana pueda elegir libremente a la enfermera o matrona que la atiende, tal como ya se hace con el médico o médica de familia.

En esta redacción estaremos pendientes de si finalmente se materializa el anuncio hecho por la Consejera ya que cuando estamos redactando la noticia, aún no se ha producido. Si se produjera habría que ver de qué forma se hace efectiva la libre elección, imaginamos cambiándose las mujeres de zona etc.



ENFERMERAS Y MATRONAS HÉROES ANÓNIMAS DE LA FUERZA LABORAL DE SALUD Y COLUMNA VERTEBRAL DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Cada país necesita una fuerza laboral de salud competente, motivada, bien distribuida y apoyada. Los trabajadores de la salud son la piedra angular de los sistemas de salud fuertes y resistentes necesarios para lograr una cobertura sanitaria universal. Estas son las personas que mantienen el mundo seguro, mejoran la salud y protegen a los vulnerables.

Estas son las personas que detectan, previenen y manejan emergencias de salud, y que promueven el bienestar de mujeres, niños y adolescentes.

Las enfermeras y las matronas son las héroes anónimas de la fuerza laboral de salud y la columna vertebral de los sistemas de atención primaria de salud. Al constituir más de la mitad de la fuerza laboral de salud en muchos países, las enfermeras y las matronas pueden transformar la forma en que se organizan las acciones de salud y cómo se brinda la atención médica.

A lo largo de los años, las enfermeras y las matronas han contribuido a los principales hitos de la salud mundial, como la erradicación de la viruela y las reducciones dramáticas en la mortalidad materna e infantil que se han producido en muchos países, pero las enfermeras y las matronas necesitan apoyo y necesitan reconocimiento.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Esta es la carta del actual Director General de la OMS Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus que a modo de introducción encabeza el informe sobre la Historia de la Enfermería y la Partería en la



Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

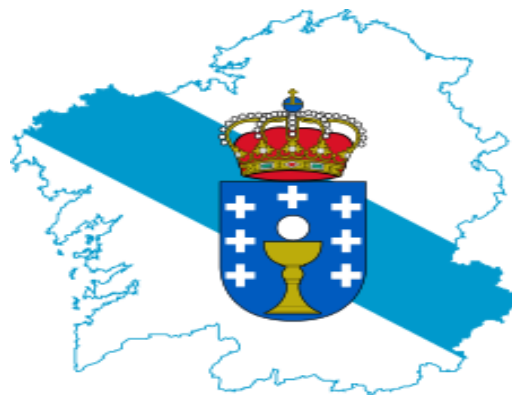
Organización Mundial de la Salud, institución que con esta edición ha querido hacer un reconocimiento al trabajo de estos esenciales trabajadores de la salud.

Este año, declarado por la OMS el año de las **“Enfermeras y Matronas”** tenemos el apoyo de la institución sanitaria más importante del mundo y ese informe que, lamentablemente no ha sido traducido al español, puede ser un referente para cuantas reclamaciones podamos dirigir a las instituciones sanitarias de nuestro país en busca de la mejora de nuestra profesión y consecuentemente de los cuidados a las mujeres. Es una recopilación especialmente interesante que proporciona una descripción clara de las contribuciones que enfermeras y matronas hemos hecho para fortalecer los sistemas de salud mundiales. También muestra los esfuerzos de la OMS por darnos voz durante varias décadas y destaca el papel fundamental que desempeñaremos para mejorar los resultados de salud en los próximos años a medida que el mundo se esfuerza por cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Nos parece de sumo interés que quienes no lo leyeran en su momento lo hagan ahora y quienes lo hicieron, lo releen, porque enfermeras y matronas somos parte esencial del engranaje de salud y debemos *“saber lo que hicieron quienes fueron por delante de nosotras, lo que hacemos y lo que podemos hacer por nuestras mujeres e hijos”*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259535/9789241511902-eng.pdf?sequence=1>

LA CONFEDERACION INTERSINDICAL GALLEGA (CIG- SAÚDE) EXIGE LA NEGOCIACION DEL REGIMEN JURIDICO Y DEL SISTEMA RETRIBUTIVO DE LAS MATRONAS GALLEGAS DE ATENCION PRIMARIA



CIG-Saúde demanda una pronta negociación del régimen jurídico y del sistema retributivo de las matronas de Atención Primaria ya que lleva 26 años pendiente de ser efectuada.

Este sindicato recuerda que en 1993 se publicó el decreto de 29 de julio de Ordenación de la Atención Primaria en Galicia que "regula las retribuciones de todo el personal de Atención Primaria excepto las matronas" y en la disposición transitoria cuarta de ese decreto se contemplaba que el Consello de la Xunta regulará el régimen jurídico y retributivo de las plazas de enfermería obstétrico-ginecológicas".

Pasados 26 años parece inaudito que no se haya acometido esta acción y da qué pensar si para el gobierno regional ¿Todo lo relacionado con la salud de la mujer desempeñará un papel secundario? se pregunta CIG Saúde.

La situación de las matronas gallegas por esta demora se concreta en:

- Un sistema de remuneración basado en un mapa de salud de 1989 que no incluye la población actual de municipios.
- Un sistema de remuneración que condena a las matronas a pérdidas retributivas de más de 100 € al mes cuando cambian de municipio, incluso teniendo más tarjetas sanitarias
- Un sistema de remuneración que no reconoce los conceptos que se pagan a otros grupos: número de tarjetas sanitarias, dispersión, aislamiento... La prestación de servicios en

diferentes municipios con una distancia significativa entre sí.

- Una disfunción entre la prestación del servicio y la remuneración, ya que la población de los municipios ha cambiado mucho desde 1989, y eso se ve agravado por no haber desarrollado el pago de TIS
- No se han establecido las ratios de atención matrona/mujer
- Material sanitario obsoleto que dificulta la atención a las mujeres, sin que se atendiesen por parte de la Xunta las peticiones de las matronas, a pesar de los 8.000.000 de euros que la Consejería de Sanidad de la Xunta dice haber destinado para el suministro de material en AP.



MONTSERRAT CABRE



FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

MONTSERRAT CABRÉ, EXPERTA EN HISTORIA DE LA MEDICINA, NOMBRADA CATEDRÁTICA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

La Universidad de Cantabria ha nombrado catedrática en el Área de Conocimiento de Historia de la Ciencia a Maria Montserrat Cabré Pairet, una de cuyas facetas destacadas es la de investigadora en historia de las mujeres, especialmente, de aquellos temas relacionados con la historia de la ciencia y la cultura y, sobre todo, la medicina. De hecho, forma parte de la Asociación Española de Investigación de Historia de las Mujeres.

Cabré también es doctora en Historia Medieval por la Universidad de Barcelona y catedrática acreditada por la Oficina Nacional de Evaluación de la Excelencia Académica (Aneca). En la Universidad de Cantabria, donde actualmente ejerce como profesora, ha fundado el Aula Interdisciplinar Isabel Torres de Estudios de las Mujeres y del Género y la ha dirigido entre los años 2004-2010. En esta misma universidad ha desarrollado diversos proyectos docentes sobre las mujeres como sujeto y objeto de la historia de la medicina y de la ciencia y colabora también con otras universidades aportando esta perspectiva a varios programas de postgrado en estudios de las mujeres y de género.

Entre sus obras más destacadas se encuentran 'Mujeres y Salud: Prácticas y Saberes', 'Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud' y 'Sanadoras, matronas y médicas en Europa: Siglos XII-XX', libro que hoy recomendamos.

LA FUNDACIÓN BILL Y MELINDA GATES FINANCIAN LA PRIMERA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA MENSUAL

Las píldoras anticonceptivas funcionan muy bien si las mujeres recuerdan tomarlas todos los días, pero la falta de dosis puede significar un embarazo sorpresa. Ahora los científicos han descubierto cómo empaquetar el suministro de un mes en una cápsula. La cápsula experimental aún está a años de distancia de las farmacias, pero los investigadores informaron el miércoles que funcionó según lo diseñado en una prueba clave en animales.

La Fundación Bill y Melinda Gates está invirtiendo \$ 13 millones para un mayor desarrollo de la píldora mensual, con la esperanza de mejorar eventualmente las opciones de planificación familiar en los países en desarrollo.

La Dra. Beatrice Chen, especialista en planificación familiar de la Universidad de Pittsburgh, que no participó en la nueva investigación preguntada al respecto opinaba que tenía mucho potencial para continuar afirmando que *"el control de la natalidad no es de talla única"*, y las mujeres necesitan más opciones.

Hoy, las mujeres que desean la anticoncepción prolongada pueden elegir entre varios dispositivos, desde un parche semanal hasta un anillo vaginal mensual o un DIU que dura años.

No estaba claro que "la píldora", una de las formas más populares de control de la natalidad porque es barata y fácil de usar, pudiera unirse a esa lista, dado su corto espacio de tiempo en el cuerpo tras ser ingerida. Por esto, un equipo del laboratorio de Tecnología de Massachusetts Robert Langer diseñó una solución para proteger las píldoras del ambiente hostil del sistema digestivo.

"Desarrollamos este sistema de cápsulas que parece una estrella de mar, que puede permanecer en el

BILL & MELINDA
GATES foundation

estómago varios días, semanas, incluso un mes a la vez", confirma el Dr. Giovanni Traverso, del Hospital Brigham and Women's de Boston, autor principal del estudio.

El dispositivo en forma de estrella tiene seis brazos, y cada uno contiene una cierta dosis de medicamento y está plegado dentro de una cápsula normal. Tras tragar la cápsula el ácido del estómago disuelve el recubrimiento, dejando que la estrella se despliegue. Es demasiado grande para pasar por la salida del estómago, pero no lo suficientemente grande como para causar una obstrucción. A medida que el medicamento de cada uno de los brazos se disuelve, el dispositivo se descompone hasta que puede pasar de manera segura a través del sistema digestivo.

El equipo de Langer y Traverso utilizó por primera vez la tecnología para intentar convertir los medicamentos diarios para la malaria y el VIH en cápsulas que duraron una o dos semanas. También son experimentales, pero las píldoras de mayor duración algún día podrían ayudar a los pacientes con enfermedades graves a seguir mejor con el tratamiento.

Un próximo intento lógico: un anticonceptivo oral de un mes.

Primero, tuvieron que ajustar el dispositivo en forma de estrella. Lo hicieron más fuerte y recurrieron a implantes anticonceptivos de larga duración para que los materiales contengan el ingrediente hormonal y lo dejen filtrarse gradualmente.

Luego probaron las cápsulas anticonceptivas en cerdos, que tienen sistemas digestivos similares a

los humanos. Las cápsulas experimentales liberaron el anticonceptivo de manera bastante constante durante hasta cuatro semanas, y la cantidad en el torrente sanguíneo de los cerdos fue similar a la que administran las tabletas diarias, informaron los autores principales del MIT, Ameya Kirtane y Tiffany Hua, en la revista Science Translational Medicine.

Lyndra Therapeutics Inc., compañía de Massachusetts cofundada por Langer y Traverso, está desarrollando la píldora mensual y muchos otros usos de la tecnología.

Para que sea más útil, la cápsula debe estar diseñada para que libere durante tres semanas la medicación anticonceptiva, luego permitir el período de una mujer, como hace la ingesta de las píldoras anticonceptivas habituales, dijo Traverso. Eso alertaría a las mujeres cuando llegara el momento de tomar otra dosis mensual.

No obstante se requieren más pruebas de seguridad, incluido de qué forma se descomponga la cápsula experimental y cuál es la dosis adecuada de diferentes hormonas, antes de que esto pueda probarse en mujeres. Otras preguntas incluyen si el dispositivo se disuelve de la misma manera en diferentes personas.

La píldora, que hasta ahora solo se ha probado en cerdos liberó levonorgestrel durante un período de cuatro semanas a concentraciones comparables a las de los cerdos que recibieron tabletas de liberación inmediata.



Foto : MIT / Langer Lab

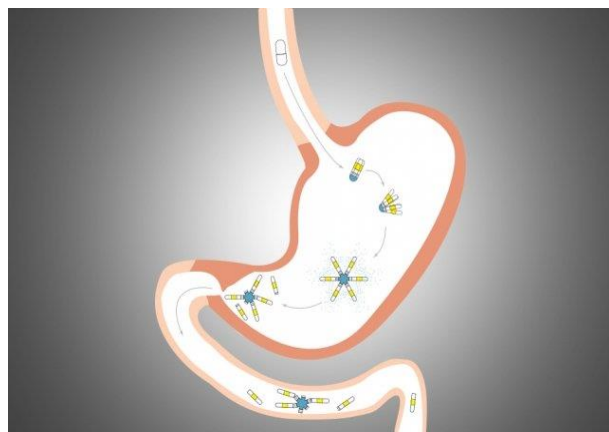


Foto: (Lyndra Therapeutics)

LAS MATRONAS EXIGEN AL NHS CUIDADORAS ESPECIALIZADAS PARA LAS RECLUSAS PRESAS

Los fideicomisos del NHS deben asegurarse de que las reclusas embarazadas en las cárceles de todo el país sean atendidas por matronas especializadas, ha instado el Royal College of Midwives (RCM).

La organización de matronas también está pidiendo a los jueces que no sentencien a las delincuentes hasta que se confirme si están embarazadas o no y se haya producido un informe sobre el impacto que tendría una pena de prisión en sus responsabilidades de cuidado.

Estas recomendaciones se encuentran entre las docenas contenidas en un informe publicado el 12 de noviembre, que busca garantizar que las mujeres en prisión reciban el mismo nivel de atención a su maternidad que las mujeres inglesas no reclusas.

Este movimiento se produce semanas después de la muerte de un recién nacido después de que su madre diera a luz en la prisión para mujeres más grande de Gran Bretaña.

Se están llevando a cabo once investigaciones por separado para determinar qué sucedió esa noche en el HMP Bronzefield, de gestión privada, en Surrey, incluidas dos investigaciones policiales y una revisión clínica del NHS.

Gill Walton, director ejecutivo y secretario, dijo: ***"El RCM cree que todas las mujeres en prisión o custodia deben tener la misma atención de maternidad que las mujeres en el exterior. Lo que necesitamos ver es que las cárceles de mujeres trabajen con sus NHS Trust y juntas de salud locales para facilitar la atención especializada en partería para mujeres embarazadas"***.

El RCM ha respaldado un modelo empleado en HMP Low Newton en el condado de Durham, conocido como **"la vía perinatal"**, donde las matronas son



las principales coordinadoras de atención en las cárceles. Asegura que una matrona especialista en prisiones, con un tiempo de protección considerable de unas 30 horas a la semana, lidere la atención de todas las mujeres embarazadas y las nuevas madres hasta por un año después del parto.

Walton agregó: ***"Las mujeres en prisión son algunas de las más vulnerables en nuestra sociedad y es por eso que la continuidad de la atención de partería es tan importante para las mujeres detenidas en el sistema de justicia penal porque tiene la capacidad de mejorar los resultados maternos y neonatales"***.

EL RCM argumenta que las mujeres delincuentes perinatales deberían, como prioridad, ser desviadas a servicios especializados o sentencias comunitarias, siempre que sea posible. Si bien también es **"crucial"** que los jueces y magistrados entiendan completamente el impacto de cualquier sentencia propuesta, agregó.

Con este fin, el RCM recomienda que todos los jueces y magistrados reciban capacitación sobre salud materno-infantil y la importancia de los primeros 1.001 días de desarrollo infantil.

El número de mujeres embarazadas y recién nacidos en prisión no se registra actualmente, ni tampoco lo que les sucede. Sin embargo, el RCM se ha unido a los llamados del Comité Conjunto de Derechos Humanos para solicitar que esto se modifique con urgencia.



FOTO EUROPA PRESS

FORMACION DE MATRONAS PARA CUBRIR LAS ZONAS RURALES DE AFGANISTAN

Se diría que este numeroso grupo de 37 de mujeres uniformadas de azul y equipadas con material de escritorio que, con sumo interés atienden a la profesora y toman notas de la lección, están asistiendo a una clase de medicina de las que conocemos, aunque con un aspecto menos pomposo, en un aula menos moderna y peor dotada, de lo que estamos acostumbrados a ver y disfrutar en nuestro país y similares del entorno . Se trata de una iniciativa de la ONG World Visión que capacita a mujeres como parteras en el Instituto de la Salude Herat para satisfacer las demandas de matronas en ellas zonas rurales de la provincia de Herat, cuyo núcleo poblacional la capital tiene unos dos millones de habitantes pero muchas mujeres se distribuyen en zonas rurales de difícil y en ocasiones además peligroso, acceso a la capital y a los servicios médicos allí concentrados.

Este programa hace una selección entre mujeres de 18 y 35 años y aquellas que sean elegidas por la ONG y completen su formación lo hacen bajo la condición de regresar a sus pueblos para ejercer, pagadas inicialmente durante un año por la propia ONG y abastecidas del material necesario por la ONG.

Una de las intervenciones de salud clave de World Visión en Afganistán es la capacitación de matronas. Desde 2004, World Vision ha capacitado a más de 300 parteras para atender a mujeres embarazadas y a sus hijos antes de nacer, durante y después del parto. El acceso a parteras calificadas está ayudando a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en el oeste de Afganistán.

UN PRIMER ESTUDIO POSITIVO SOBRE LAS CASAS DE PARTO APROBADAS EN FRANCIA



Los ocho centros de parto abiertos en Francia desde 2016, que permiten el parto sin hospitalización, ofrecen **"un nivel satisfactorio de seguridad"**, concluye el estudio de un grupo de investigación independiente, antes de que las autoridades públicas se pronuncien sobre la renovación de este modelo experimental.

Estos lugares donde las madres dan a luz **"con respeto a la fisiología", y asistencia de matronas, "tienen resultados comparables" a los de otros países con un alto nivel de vida, incluidas "pocas o muy pocas complicaciones maternas", "frecuencia muy baja de intervenciones durante el parto,**

según este primer informe sobre el asunto.

Esta visión científica sobre el tema brinda argumentos a los defensores de las casas de parto, según la Ordre de Sages Femmes para quienes estas estructuras, autorizadas a prueba en noviembre de 2015 por un período de cinco años, ofrece "una verdadera diversidad en la provisión de cuidados y "la elección de los partos".

Pero "la evaluación del experimento que el gobierno debía enviar al Parlamento un año antes de su finalización (...) aún no se ha realizado", lo que, entre otros, preocupa al organismo deontológico, que ve una señal de que "su sostenibilidad está comprometida actualmente".





Las Maisons de Santé proporcionan una autoevaluación anual a las autoridades de salud, pero sus criterios (certificación de seguro profesional de parteras, existencia de un protocolo de atención, nivel de equipo, ...) "no permite tener una visión global de la calidad de la atención", según Anne Chantry, matrona y epidemióloga de Inserm, quien participó en el estudio.

649 mujeres atendidas

Su grupo de investigación, seis especialistas en salud pública, incluidos Inserm y CNRS, han "abordado el tema" y presentaron sus hallazgos recientemente al Senado, ante organizaciones de profesionales de la salud, funcionarios y usuarios de estos centros de parto y representantes del Ministerio de Salud.

Su informe analiza los archivos de 649 mujeres atendidas en 2018 por estas estructuras. Los datos revelan que el 99% de ellas "cumplían los criterios de elegibilidad" (sin factores de riesgo como edad avanzada, obesidad, antecedentes familiares o quirúrgicos, embarazo gemelar ...) "506 realmente han dado a luz y 143 han sido transferidas y han dado a luz en la maternidad", o sea el 22% del total, la mayor parte de estas por situaciones de riesgo de complicaciones pero sin urgencia, como la no progresión del trabajo de parto o por solicitud de analgesia en el parto (epidural).

Entre las que dieron a luz en el centro de parto, "hubo menos del 3% de ruptura artificial de la bolsa de aguas, menos del 2% de las episiotomías, no hubo o solo un tacto vaginal en total durante la dilatación, libertad de movimientos y una posición libremente elegida en el momento del parto con solo el 6% de las mujeres tumbadas en decúbito complicaciones, incluida una muerte, ningún archivo "presentó un factor de riesgo específico" que hubiera justificado una transferencia a la maternidad antes del nacimiento.

Sin embargo, el informe recomienda "financiar un estudio epidemiológico" que compare un grupo de

mujeres en una casa de nacimiento con un grupo comparable (de bajo riesgo) relacionado con la maternidad para poder dictaminar de manera concluyente la seguridad de estos lugares, comparación que de momento no ha sido posible.

El estudio también recomienda armonizar "los criterios de elegibilidad de las mujeres para el parto en un centro de maternidad", así como los "criterios para la transferencia de mujeres y recién nacidos".

Los ocho centros de nacimiento franceses se encuentran en París, Castres (Tarn), Grenoble, Bourgoin-Jallieu (Isère), Sélestat (Bajo Rin), Nancy (Meurthe y Mosela), Guadalupe y Reunión.

Ahora hay más de 150 de esos lugares en los Estados Unidos, 169 en el Reino Unido, alrededor de 100 en Alemania y 25 en Suiza, según el informe.

Fuente: L'Obs

MÁSTER EN SEXOLOGÍA SANITARIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



UNIVERSIDAD
NEBRIJA



FUNDACIÓN
Sexpol

La Fundación SEXPOL realiza desde 1982 formación especializada en sexología, clínica, social y educativa, como complemento a los conocimientos adquiridos durante los estudios universitarios y también como especialización profesional. Nuestra combinación de actitudes sexofílicas, rigor científico y práctica es la clave para habernos convertido en un centro referente a nivel nacional que ha mantenido una formación ininterrumpida durante más de 35 años.

El Máster en Sexología Sanitaria con perspectiva de Género es una formación realmente completa y exhaustiva en estas disciplinas. Partiendo del concepto de Sexualidad humana y la estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de la Sexualidad sino también su presencia e influencia dentro del ámbito sanitario a nivel personal y social.

La sexología en la actualidad ha evolucionado hasta convertirse en una materia autónoma muy compleja que requiere una actualización constante de sus contenidos de forma multidisciplinar. Tales contenidos deben sustentarse en actitudes adecuadas que eviten estereotipias o prejuicios y permitan un acercamiento realmente libre, en su vivencia así como en su expresión. Por eso, desde que en 1975 la OMS estableciera unos requisitos ideales para la formación en Sexología, hemos integrado en todos los másteres la capacidad teórica y la práctica (conocimiento y desempeño) así como la actitudinal, específica para esta disciplina.

Titulación

Máster en Sexología Sanitaria con perspectiva de Género

60 ECTS

Título propio de la Universidad de Nebrija y la Fundación SEXPOL

Matricula: 50% descuento para miembros de la Asociación Española de matronas y vinculadas.

Toda la información en:

www.sexpol.net

COLABORAN:



**CURSO ON LINE
CUALIFICACIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA Y FERTILIDAD
HUMANA**

Fechas Del 20 de enero al 20 de abril de 2020

PROGRAMA 80 horas

SEMINARIO 1 - Fisiología de la fertilidad humana femenina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 2 - Patología de la fertilidad humana femenina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 3 - Ciclo menstrual de la mujer y fertilidad

Docentes: Teresa Escudero / Virginia Ruipérez González / Pilar de la Cueva

SEMINARIO 4 - Fisiología y patología de la fertilidad humana masculina

Docente: Alfonso Bermejo de la Calzada

SEMINARIO 5 - Atención integral a la fertilidad

Docente: Susana Lafuente

SEMINARIO 6 - Tratamientos de Reproducción asistida: TRA

Docentes: Alfonso Bermejo de la Calzada / Virginia Ruipérez González

SEMINARIO 7 - Fecundación, embriología y técnicas genéticas

Docente: Francisco Guijarro

SEMINARIO 8 - Inmunología y hematología reproductiva

Docente: Silvia Sánchez-Ramón / Edgar Rodríguez de Frías

SEMINARIO 9 - Microbiología aplicada a la fertilidad humana

Docente: Juan Miguel Rodríguez Gómez

SEMINARIO 10 - Estilo de vida y fertilidad

Docente: Virginia Ruipérez González

SEMINARIO 11 - Aplicaciones balneoterápicas e hidroterapia en fertilidad

Docente: Pablo Saz

SEMINARIO 12 - Fitoterapia como tratamiento coadyudante en fertilidad

Docente: Pablo Saz



SEMINARIO 13 - Salud ambiental y fertilidad

Docentes: Carlos de Prada / Dolores Romano

SEMINARIO 14 - Psicología y fertilidad

Docente: Irene Poza

SEMINARIO 15 - Técnicas físicas: Osteopatía y fertilidad

Docente: Maite Mate

SEMINARIO 16 - Técnicas físicas: Reflexología podal en relación con la fertilidad

Docente: Bárbara Martín

SEMINARIO 17 - Otras perspectivas tradicionales: Medicina Tradicional China: Tui Na como complemento frente al tratamiento de fertilidad

Docente: Alicia Blázquez Franco

SEMINARIO 18 - Otras perspectivas tradicionales: El yoga como recurso positivo en fertilidad

Docente: Ponente por confirmar

SEMINARIO 19 - El arte en la fertilidad

Docente: Rosana Arroyo

SEMINARIO 20 - Marco legal de la reproducción asistida en España

Docente: Rosa M^a Candela Quintanilla

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<https://www.fundacion.uned.es//actividad/idactividad/20261>

Virginia Ruipérez González

645621089

Mail: virginia@metodonaturistadefertilidad.com

DESCUENTO 10% DE MATRICULA PARA MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM



**International
Confederation
of Midwives**



INSCRIPCIONES		MADRUGADOR	REGULAR
		1 marzo 2019 a 2 marzo 2020	3 marzo-21 junio, 2020.
Delegado		815 USD	915 USD
Matrona recién titulada *		675 USD	775 USD
Delegado - países en vías de desarrollo. **		715 USD	815 USD
Matronas recién titulados (países de vías de desarrollo **)		575 USD	675 USD
Matrona estudiante ***		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
Acompañantes		200 USD	200 USD

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<http://www.midwives2020.org/registration>

32 CONGRESO INTERNACIONAL DE MATRONAS ICM



TEMATICA PRINCIPAL DEL PROGRAMA CIENTIFICO.

- Las matronas protegen el futuro a través de competencias actualizadas
- Las matronas invierten en el futuro a través de la atención de calidad centrada en las mujeres y la familia
- Las matronas abogan por el futuro a través del empoderamiento efectivo
- Las matronas aseguran el futuro a través de fuertes mecanismos reguladores sólidos.



Matronas españolas en la marcha de
Toronto en 2017

ICM 32ND TRIENNIAL , 20 JUNE 2020, BALI, INDONESIA

La MARCHA de las matronas por el empoderamiento de las mujeres.

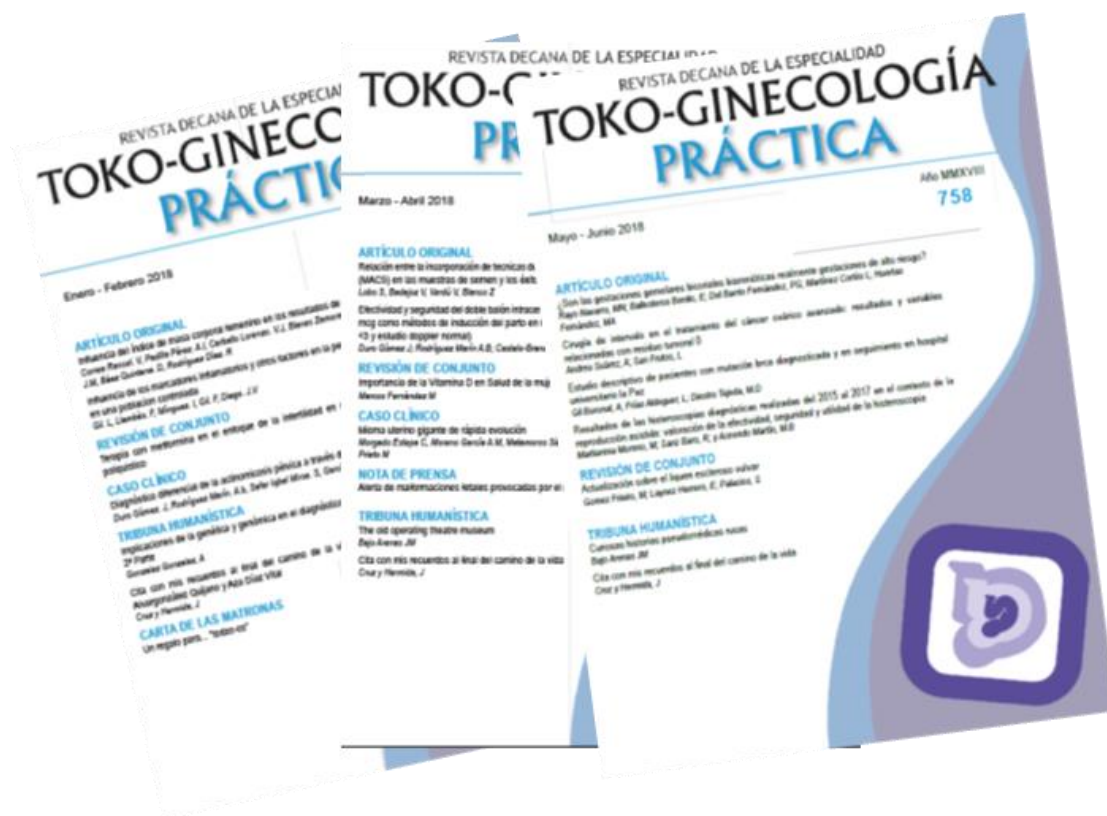
El evento previo al Congreso del sábado, para anunciar que las matronas del mundo han llegado a Bali para su congreso trienal, se ha vuelto muy popular. Desde Road to Durban, hasta la Marcha de las matronas de Toronto y ahora, las matronas de **Bali caminan por el empoderamiento de las mujeres**, este levantamiento de barreras, cada vez más popular, permitirá que miles de matronas caminen juntas en solidaridad, unidas en el mensaje que las matronas del mundo están entregando el futuro ... y ahora más que nunca.

Únase a nosotros el sábado 20 de junio de 2020 frente al Centro de Convenciones Bali Nusa Dua a las 15:45h. y camine con nosotros a un hermoso lugar para expresar nuestro mensaje al mundo. La caminata será de aproximadamente 45 minutos a 1 hora seguida de 2 horas de entretenimiento.

TODA LA INFORMACIÓN EN:

<http://www.midwives2020.org/registration>

¿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



LA FIGURA DEL FALSO AUTÓNOMO Y POR QUÉ ES ILEGAL

Una de los fenómenos más importantes en materia de derechos laboral que ha dejado un década de crisis es la figura del falso autónomo. Se trata de un trabajador, cuya relación laboral con la empresa está encuadrada en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) de la Seguridad Social, pero que en la empresa en la que trabaja está, en la práctica, como un trabajador por cuenta ajena (a efectos de dependencia, retribución y ajenidad). Es decir, se está usando un marco normativo que no corresponde, y cada vez es más común.

Falso Autónomo: un ahorro para el empresario

El empresario se beneficia de la situación de precariedad, que ha hecho surgir un 'boom' de empresas que funcionan con este tipo de prácticas. Se conoce como economía colaborativa, en la que el contratante se ahorra los costes sociales, desvirtuando la esencia del trabajo por cuenta propia.

Son dos criterios los usados para identificar a trabajadores en esta situación:

- Dependencia: en una relación de dependencia, el trabajador hace su trabajo en una empresa, dirigido por el empresario. Además, esta relación se materializa en horarios, retribución, medios de producción y más directrices similares.
- Ajenidad: el coste del trabajo lo asume el empresario (y su resultado se contabiliza como pérdidas o ganancias de una empresa).

Aunque se formalice la relación a través de contratos mercantiles o civiles, la Inspección de trabajo los puede declarar nulos si se cumplen estos dos conceptos que acabamos de explicar, y como consecuencia, la relación es laboral.

Podemos resumir esta figura como un sujeto que

desempeña las funciones de un trabajador por cuenta ajena, pero que, a su vez, tiene las obligaciones de un trabajador autónomo. Estas obligaciones incluyen pagar la cuota de autónomos, emitir facturas a la empresa por tus servicios, y pagar los impuestos que corresponden.

Es importante no confundir esta figura con la del autónomo económicamente dependiente (TRADE), que son aquellos que reciben al menos el 75% de sus ingresos de un solo pagador.

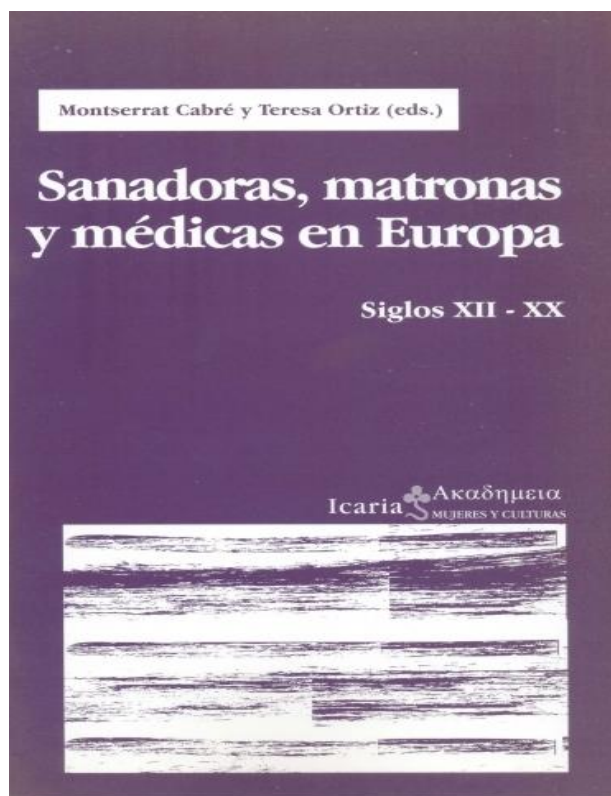
Sanciones por contratar a falsos autónomos

Esta práctica supone un fraude laboral. La Inspección de Trabajo obliga al empresario a dar de alta inmediata al trabajador en el Régimen General de la Seguridad Social, e incluso se puede exigir el pago de las cuotas correspondientes al tiempo que ha estado trabajando como falso autónomo. Por supuesto, también se imponen sanciones, que se clasifican en tres grados:

- 1- Sanción de grado mínimo: de 3.126 a 6.250 euros.
- 2- Sanción de grado medio: de 6.251 a 8.000 euros.
- 3- Sanción de grado máximo: de 8.001 a 10.000 euros.

Por último, si la cantidad defraudada supera los 50.000 euros, estamos hablando de delito penal.

Alberto Ortega. Abogado
opabogados@opabogados.com



SANADORAS, MATRONAS Y MEDICAS DE EUROPA

Este libro que no es de ficción y ya casi se acerca a los dos lustros desde su edición, sigue teniendo mucho interés para las matronas (entre otras mujeres profesionales sanitarias) porque desarrolla un tema casi inédito en el panorama editorial español: **la historia de los conocimientos y prácticas sanitarias de las mujeres desde el siglo XII hasta el XX.**

Como decía Atchenberg "women have always been healers" "Las mujeres siempre han sido sanadoras", y entre ellas las matronas han sido la primera profesión sanitaria del mundo. Sin embargo el rol de la mujer como cuidadora ha estado determinado ineludiblemente por cuestión de género hasta el punto de que por siglos no se le permitiera el acceso a ningún tipo de formación y por tanto quedaran excluidas de la formación sanitaria que empezara a reglarse y desarrollarse. De hecho cuando en toda Europa se reorganizó la formación médica fundamentalmente en el siglo XVIII, la

mujer quedó fuera de este encuadre incluso aquellas que como las matronas venían ejerciendo su trabajo aunque de forma empírica, desde que el mundo es mundo. Concretamente en España no sería hasta 1857 cuando sólo las matronas junto con los practicantes fueron incluidos (no las enfermeras), como auxiliares sanitarios y se les impusieron exigencias formativas regladas que, en el caso de las mujeres, las matronas, seguían teniendo connotaciones sexistas.

Si nos remontamos al principio de los tiempos conocidos vemos cómo la humanidad adoraba a deidades femeninas como fuente de vida, poder y sabiduría. Son conocidas las pequeñas figuras prehistóricas con exagerados caracteres sexuales que se intuyen fueron utilizadas en rituales femeninos para asegurar la fertilidad y probablemente seguridad a las mujeres y sus hijos durante el parto. Sin embargo como matiza Atchenberg "los casos en que las mujeres fueron reconocidas como las sanadoras primarias fueron tomadas de la prehistoria, de culturas que honraban a la Madre Tierra o la Gran Diosa. Las mujeres en tradiciones más recientes que funcionaban como sanadoras sancionadas dentro del marco ortodoxo eran anomalías, raras excepciones al orden masculino dominante. "Las mujeres nunca podrían funcionar como sanadoras autónomas o independientes, o sin la supervisión de una autoridad masculina reconocida, a menos que la cultura tuviera una visión religiosa de que la deidad primaria era femenina, o que tenía una naturaleza fuertemente andrógina o bisexual".

Sin duda las aportaciones de este libro son de sumo interés pues proceden de trabajos de investigadoras especialistas en historia de las mujeres e historia de la medicina, artículos cuya primera edición fue en inglés y que por su interés que se les supone decidieron compilar en este libro para mayor difusión. Esta recopilación consta de once artículos, realizados por Montserrat Cabré y Teresa Ortiz de los cuales 3 son de titularidad



española, británica (1), italiana (1) y norteamericana (6), publicados en la revista Dynamis, todos ellos debidamente revisados y actualizados en su bibliografía.

La obra ha sido dividida en 3 partes, dedicada la primera parte a las sanadoras, la segunda a las matronas y la última de ellas a las médicas.

En la **Primera parte titulada "La pluralidad de saberes y prácticas de las sanadoras, siglos XII- XVII"** se insertan cinco artículos: la biografías y obras de Trótula de Salerno e Hildegarda de Bingen. que también participaron en la medicina de las mujeres a caballo entre matronas y médicas. Se expone el caso de Jacoba Félicíe, una mujer acusada de practicar ilegalmente la medicina por la Facultad de Medicina de París en el siglo XIV. Curioso e interesante las referencias al Hotel Dieu de Lyon en los siglos XIV, XV, XVI y XVII, que pasa revista tanto al personal sanitario, a las enfermedades como a los pacientes tratados en esta institución sanitaria. Más ejemplos de sanadoras incluidos en esta parte son los de Lady Grace Mildmay, Jennifer Hellwarth y Gianna Pomata, así como el cuidado por parte de religiosas.

En la **Segunda parte, "Las matronas: conflictos y estrategias, siglos XVII-XX"**, hay un trabajo de investigación sobre famosas matronas de la época tales como la matrona real Louise Bourgeois desde sus inicios, el ascenso meteórico de su profesión con el nacimiento público de Luis XIII y el declive tras la muerte de la princesa María de Borbón-Montpensier. Se incluye un artículo dedicado a Luisa Rosado, una matrona en la España Ilustrada y la práctica de la matronería en Gran Bretaña 1936-1950.

La **Tercera parte, "Las médicas universitarias: trayectorias profesionales e intereses intelectuales"** se estructura en otros tres artículos recreando los siglos XIX-XX. Está dedicado a las primeras mujeres médicas en España, la práctica sin licencia en la Clínica de Médicas de Berlín y publicaciones científicas de las médicas.

Al principio del libro las editoras realizan una introducción y al final incluyen una bibliografía sobre los temas abordados.

Nos encontramos ante un libro donde se relata, de manera amena, las prácticas sanitarias de las mujeres desde el siglo XII hasta el XX siguiendo un orden cronológico, temático e historiográfico. Se trata de una obra que engancha por su facilidad de lectura y contenido, muy recomendable para aquellas personas interesadas en ampliar sus conocimientos sobre la evolución de la atención sanitaria de las mujeres durante ocho siglos.

Este material nos introduce globalmente en las experiencias de las mujeres como sanadoras, matronas y médicas, facilitando el acceso a los resultados de las investigaciones más recientes. Esta obra va dirigida desde al alumnado que cursa asignaturas relacionadas con la historia de las mujeres o la historia de la salud, hasta, en general, todos los interesados en las investigaciones feministas y en temas relacionados con la experiencia histórica de las mujeres.

Rosa Mª Plata Quintanilla

Autoras: Montserrat Cabré i Pairet (coord.), Teresa Ortiz Gómez (coord.)

- Editores: Icaria
- Año de publicación: 2001
- País: España
- Idioma: español
- ISBN: 84-7426-561-4



LOS CURSOS PARA 2020

(Pendientes de fijar fechas por la agenda del profesorado)

1. Actualización en atención primaria
2. Anticoncepción
3. Control de bienestar fetal intraparto
4. Ecografía básica para matronas
5. Duelo perinatal
6. Recuperación de suelo pélvico
7. Suturas y anudados
8. Urgencias obstétricas

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

Las solicitudes recibirán mail de confirmación o denegación para participar en el curso.

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



LOS CURSOS PARA 2020

Avance del programa del curso: RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Actualizar los conocimientos en anatomía, valoración externa e interna del periné femenino, así como valoración postural de la paciente.
- 2) Dar a conocer la importancia que tiene la matrona de atención primaria en el mantenimiento, diagnóstico de patologías, recuperación, tratamiento del suelo pélvico femenino, y si procede, derivación al servicio correspondiente.
- 3) Aprender cómo quitar las tensiones, los dolores y los desequilibrios posturales que afecten a la estática pelviana, mejorando la manera de gestionar las presiones toraco-abdominales, causantes de una gran mayoría de las disfunciones del suelo pélvico.
- 4) Aprender el uso de las diferentes técnicas de trabajo para la mejora del suelo pélvico: Propiocepción, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, método Matropelvic®

3.-CONTENIDOS

Todo el material se trabajará mediante clases teóricas y prácticas, donde desde el dibujo y localización de las estructuras anatómicas, los vídeos, la valoración corporal y perineal por parejas, las técnicas de roll-playing y el uso de los diferentes métodos de trabajo sobre el propio cuerpo, ayudarán al profesional a iniciarse en el descubrimiento del suelo pélvico.

- 1.- Introducción, objetivos y metodología del trabajo con el suelo pélvico. Revisión histórica del periné.
- 2.- Bases anatómica del suelo pélvico: 2.1.- Pelvis ósea
- 2.2.- Planos musculares
- 2.3.- Tipos de fibras musculares del suelo pélvico 2.4.- Órganos pélvicos
- 2.5.- Inervación del periné
- 2.6.- Músculos relacionados con el suelo pélvico 2.7.- Los tres diafragmas
- 2.8.- Cincha abdomino-perineal
- 2.9.- La respiración abdomino-perineal



LOS CURSOS PARA 2020

Avance del programa del curso: RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO

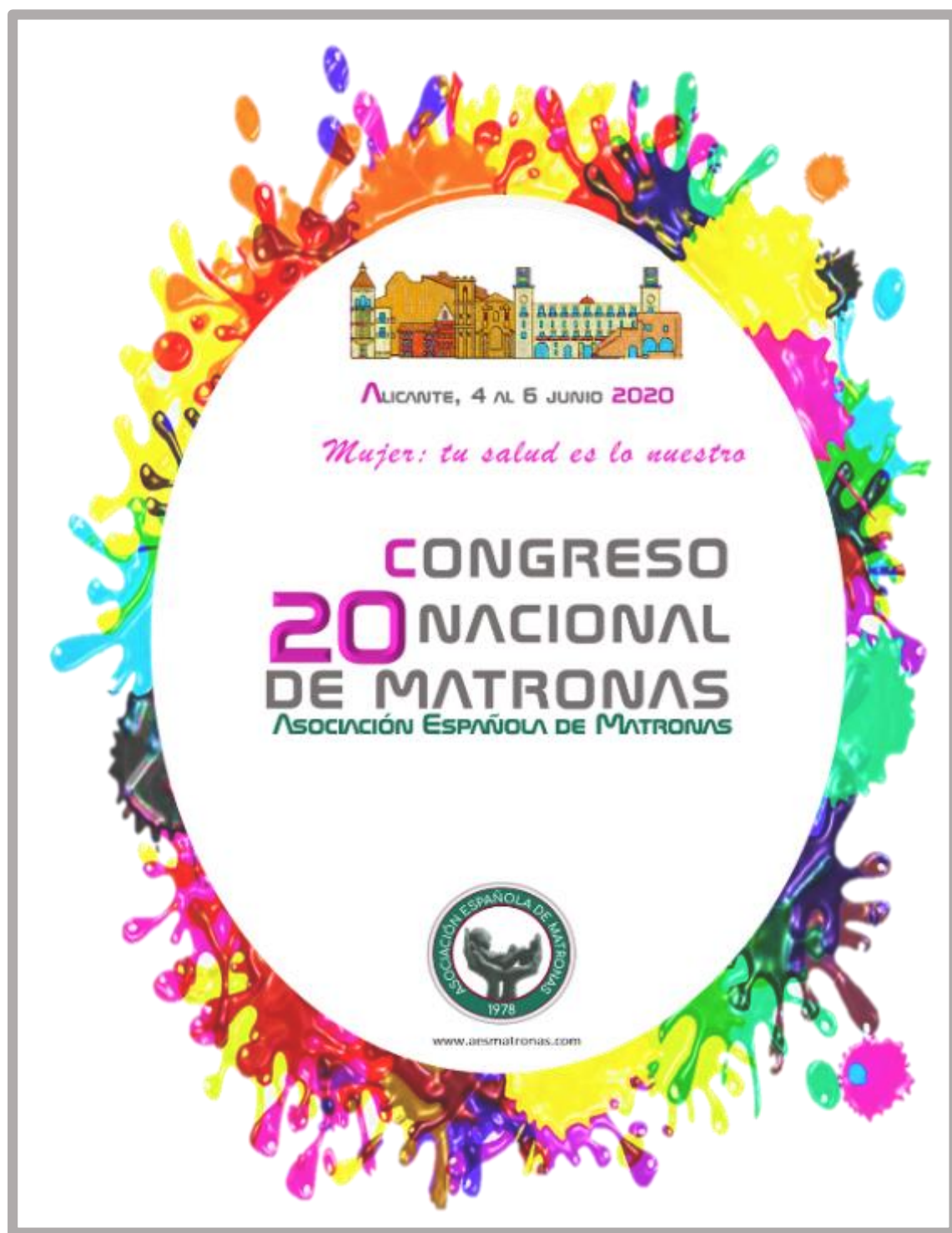
- 3.- Bases fisiológicas del tracto urinario inferior: 3.1.- La micción
3.2.- Incontinencias urinarias: Tipos, diagnóstico y tratamiento
3.3.- La importancia del diario miccional para el diagnóstico de las IU
- 4.- Bases fisiológicas del tracto digestivo inferior: 4.1.- La defecación
4.2.- Tipos de estreñimiento
4.3.- La incontinencia fecal
4.4.- La importancia del elevador del ano en la continencia.
- 5.- Prolapsos genitales:
5.1.- De pared anterior: diagnóstico y tratamiento 5.2.- De pared cúpula: diagnóstico y tratamiento 5.3.- De pared posterior: diagnóstico y tratamiento
- 6.- Valoración de la estática corporal y perineal:
6.1.- La estática corporal y su influencia en el periné
6.2.- Aprendiendo las alteraciones perineales a través de la postura corporal 6.3.- La exploración perineal y rectal
6.4.- La matrona y el suelo pélvico en consulta: protocolo de exploración y diagnóstico
- 7.- La recuperación y reeducación del suelo pélvico.
7.1.- Criterios de inclusión. 7.2.- Criterios de exclusión.
7.3.- Perspectiva histórica de los diferentes métodos de trabajo 7.4.- Ejercicios de Kegel: Evidencias
- 8.- El uso de la propiocepción en la recuperación del suelo pélvico desde la atención primaria 8.1.- Objetivos
8.2.- Métodos de aplicación: Visualizaciones, esferodinamia o fitball, técnicas respiratorias, uso de masajeadores personales, biofeedback, uso del winner-flow, dispositivos intracavitarios, método Matropelvic®
8.3.- Estructura de una sesión trabajo de suelo pélvico en atención primaria
- 9.- La repercusión de la patología del suelo pélvico en la esfera bio-psico-sexual de la paciente
- 4.-DIRIGIDO A:
 - Matronas y residentes de matronas
 - Número máximo: 20 alumnos
- 5.- DURACIÓN EN HORAS: 20 horas

+ de 40 AÑOS + de 40 LOGROS



www.aesmatronas.com

www.aesmatronas.com





La sede del Congreso: entorno excepcional

¿Te vas a perder los talleres
precongreso?

www.aesmatronas.com



JUEVES 4 DE JUNIO 2020

TALLERES (Precongreso)

HORARIO (Mañana)	TÍTULO	PONENTE
10:00- 14:00h		
Taller 1	Suelo pélvico, más allá de la teoría	Lola Serrano Raya Matrona
Taller 2	Suturas y anudados	Remedios Climent y Marta Benedí (Matronas)
Taller 3	Asesoramiento en LM: abordaje desde la práctica	Cintia Borja Herrero. IBCBL Enfermera Pediátrica
Taller 4	Emergencias Obstétricas	Grupo Español para la prevención de PBO

www.aesmatronas.com

