

Info MATRONAS

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

MARZO 2022. N.º 67



“Cuando los hombres son oprimidos, es una tragedia. Cuando se oprime a las mujeres, es como una la tradición”.

www.aesmatronas.com

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.

En este numero estrenamos nuevo formato siguiendo nuestra línea de modernización continua.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M^a Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fraguas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Andrea Herrero Reyes
Pilar Medina Adán
Lucía Moya Ruiz



En este numero

ESPECIAL I:

- ÉTICA Y FEMINISMO

ESPECIAL I:

- RECTIFICACIÓN ARTÍCULO

HEMOS LEIDO QUE:

- DECRECE ALARMANTEMENTE EL NUMERO DE MATRONAS EN U.K
- FUNCIÓN Y REMUNERACIÓN DE LA PARTERÍA EN EL NHS (REINO UNIDO)
- LAS MUERTES DE BEBÉS OBLIGA A PONER FIN A LOS OBJETIVOS DEL NHS PARA LOS PARTOS NATURALES

MUY INTERESANTE:

- AHORA SE SUMA EL MIEDO A LA COVID-19 A LAS OTRAS CAUSAS DE RETRASO DE LA MATERNIDAD
- LA ATENCIÓN PRIMARIA EUROPEA NECESITA MODERNIZARSE PARA LA VIABILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

ENTREVISTA CON:

- M.^a DEL CARMEN NAVARRO JIMÉNEZ

BREVES:

- MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CAM SE MOVILIZAN
- OFERTA DE TRABAJO
- ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS MATRONAS, EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
- ENCUESTA SOBRE ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO "PERCEPTIONS OF EMPOWERMENT IN MIDWIFERY SCALE (PEMS)
- WEBINAR "HABLEMOS DE CÁNCER Y FUTURO"
- V CONGRESO CROG EN VALENCIA
- NOTICIAS DE SIMAES

BUENAS NOTICIAS:

- INVITACIÓN DE INFOMATRONAS
- JORNADA PROFESIONAL PATERNIDAD CORRESPONSABLE Y CUIDADORA
- NUEVA CARTERA DE SERVICIOS DE MATRONA EN GALICIA
- CONGRESO LACTANCIA MATERNA IHAN
- CONGRESO ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS

LECTURA RECOMENDADA:

- NECESITO CONTARTE ALGO

MATRONAS CELEBRES:

AGENDA A.E.M.:

- PROXIMOS CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA AEM

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

www.aesmatronas.com

Diseño gráfico:

Logotipo Info Matronas, portada y contraportada. Meritxe

II Ballester de www.masquerojoestudio.es



ÉTICA Y FEMINISMO

Tras estos dos años de pandemia, y que a estas alturas parece que la situación está más calmada, otros temas van surgiendo, no como novedosos por supuesto, sino más bien porque estaban guardados en algún cajón.

Este artículo se publica en la revista del mes de marzo, un mes en el que cada año, **el día 8 se celebra el Día Internacional de la Mujer**, así que, me parecía el momento idóneo para publicarlo.

Puede que al leer el titular os haya causado ¿extrañeza?, ¿curiosidad?, ambas reacciones pueden ser útiles para motivaros a seguir la lectura de este artículo en mi intento por hilar las reflexiones que quiero transmitir sobre nuestra profesión como matronas.

Vaya por delante que no soy una experta teórica del feminismo y desde esta limitación y con humildad, voy a abordar lo que creo que prevalece o debería prevalecer; como una parte de la filosofía y la ética de nuestra profesión, muchas veces impregnada de feminismo “inconsciente” o “no reconocido conscientemente”, que ha marcado parte de nuestra historia profesional.



Las matronas, y digo en femenino, junto con las enfermeras, sabemos cómo ha sido nuestra historia, una historia que ha ido paralela a la historia de las mujeres en la sociedad pues en su mayoría hemos sido “solo” mujeres las que nos hemos dedicado al cuidado. De hecho, cuando se juntan en la búsqueda de artículos las palabras “ética” y “feminismo”, muchos de ellos te remiten a la “ética del cuidado feminista”, como si sólo las mujeres tuviésemos esa capacidad, o a disertaciones sobre las pocas mujeres que a lo largo de la historia se han dedicado a la ética como una parte de la filosofía. No había muchas como mi querida Adela Cortina aunque sí, pioneras en abrir la puerta a muchas otras, como fue Hipatia, filósofa del siglo V miembro y cabeza de la Escuela neoplatónica de Alejandría.

MARCO HISTÓRICO FILOSÓFICO

A lo largo de la historia de la ética occidental el estatus moral de las mujeres ha sido un tema persistente, subyacente en las discusiones filosóficas pero no central, ya que incluso figuras dominantes de la filosofía tradicional, han argumentado para justificar la subordinación de las mujeres.

La mayoría de filósofos occidentales, entre los que se encuentran los clásicos griegos, dieron prioridad ética a los intereses de los hombres en vez de a los de las mujeres, con el argumento de que el papel apropiado de aquellas era apoyarlas a ellos en sus proyectos y dejando a las mujeres la responsabilidad primaria de producir hijos para sus esposos y para el Estado, al tiempo que les proveen cuidados físicos y emocionales a los primeros¹. Un ejemplo de algunos “ilustres de la historia” como Aristóteles, decía que *“la esposa debía obedecer y servir a su esposo porque había pagado un elevado precio por ella”* (como si literalmente fuera una esclava); Tomás de Aquino escribió que *“la mujer fue creada para ayudar al hombre en la procreación, que para otras cosas mejor la ayuda de otro hombre”*; incluso el ilustrado Rousseau aseveró que *“la mujer está hecha para complacer al hombre”*. En general, muchos otros filósofos occidentales vieron a la mujer como un “uso instrumental” para los hombres argumentando que de alguna manera, las mujeres eran “menos humanas o menos perfectas” que los hombres incluso argumentaban que “su capacidad de razonar era de tipo distinto e inferior a la de los hombres”.



No voy a poner todos los ejemplos de la misoginia filosófica encontrada en diferentes textos aunque supongo que os van resonando algunas de las “creencias” argumentativas que se han perpetuado hasta la actualidad, ¿no?.

Sin ir más lejos, ya en la propia Biblia como libro sagrado del judeocristianismo, una religión misógina en su origen, la mujer sale de la costilla del hombre, de Adán, cuando todas y todos sabemos que, es la mujer la que pare y de donde “salen” los hijos e hijas procreados y por si esta visión no es suficiente, cuando comete el “pecado” de la curiosidad que le lleva al querer saber, la castiga (violencia) con sufrir para el resto de sus días con el dolor y el sufrimiento en el parto: “ *En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos y con*

todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti” (Génesis 3:16), claro que a él lo castigó con el trabajo diario para poder seguir comiendo de los frutos que diera la tierra.

MARCO CONCEPTUAL DEL FEMINISMO

• Etimología y origen

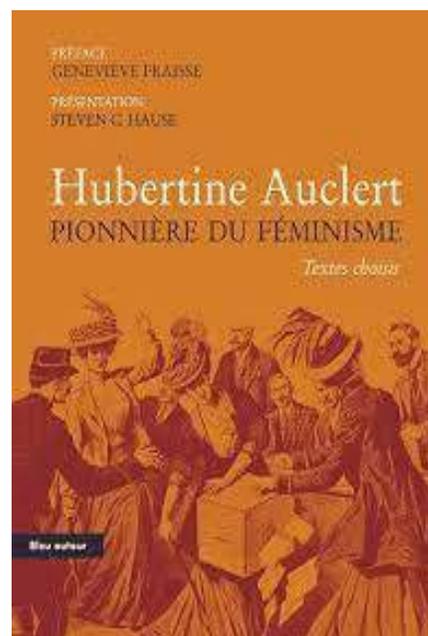
Ya llevamos un rato con el término feminismo, pero esta palabra es un neologismo de la palabra francesa “femme” que es mujer y del sufijo “ismo” de su origen latino ismus (y este del griego ismós) que se asignan a sustantivos para referirse a “doctrinas, sistemas, escuelas o movimientos”. Aunque se utilizó a finales del siglo XVII, no es hasta finales del siglo XIX que se retoma el término por A. Dumas aunque no en su pleno significado. No fue hasta la década de 1880, de este mismo siglo, cuando Hubertine Auclert, sufragista francesa, retomó el término, ahora con una connotación dirigida a los movimientos que buscaban la justicia social y política para las mujeres².

Pero no creáis que es un término que podíamos encontrar en cualquier diccionario, no, hasta 1914 no se incluye en nuestro Diccionario de la Lengua Española (DLE)³ y hasta 1992 no se modifica y recoge como segunda acepción la definición de “*movimiento que exige para las mujeres iguales derechos que para los varones*”.

No es hasta la edición de 2001 en la que se define como “*doctrina social favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados antes a los hombres*” y en su edición actualizada como principio de igualdad de derechos de la mujer y el hombre y como movimiento que lucha por la realización efectiva en todos los órdenes del feminismo.

• Tipos de feminismo

No siempre el término ha sido utilizado en positivo, todas y todos podemos recordar la palabra “feminazi” para designar de forma despectiva a un feminismo radical e intransigente con algunos preceptos del patriarcado más feroz, sobre todo dicho por los hombres que lo han vivido como una amenaza a sus privilegios.





Se reconocen varias modalidades de feminismo: el **feminismo cultural, liberal, radical, ecofeminismo, anarcofeminismo, feminismo de la diferencia, de género, de la igualdad, marxista, socialista, separatista, filosófico, islámico y el feminismo lesbico**, que no voy a explicar por no extenderme demasiado.

Todo ello hace que se hable de «feminismos» (en plural) y no de un solo «feminismo». En esta línea, se define **feminismo** como el *conjunto heterogéneo⁴ de ideologías y de movimientos políticos, culturales y económicos que tienen como objetivo la igualdad de derechos entre varones y mujeres*. Pero el feminismo no es propiedad única y exclusiva de las mujeres.

MARCO FILOSÓFICO FEMINISTA

La expresión ética filosófica del feminismo, no se acuñó hasta la década de los 80 en la que para un grupo de filósofas críticas, el status de las mujeres era una inquietud ética importante. El surgimiento de esta expresión no solo puso en evidencia que era indispensable prestar atención a las mujeres y al género para comprender de forma adecuada muchas cuestiones propias de la ética práctica, sino que además, reflejó la creencia reciente de que la subordinación de las mujeres tiene consecuencias profundas en la teoría ética, las cuales hasta entonces habían sido ignoradas.

La teoría ética feminista se distingue por explorar las formas en las cuales la devaluación cultural de las mujeres y de lo femenino se refleja y se racionaliza en los conceptos y métodos centrales de la filosofía moral. Muchas defienden que la teoría ética occidental tiene un sesgo masculino.

Las relaciones de la bioética con el feminismo, o más en concreto, con la ética filosófica promovida por el feminismo, no fueron muy cordiales en su inicio. Por un lado ante la ética utilitarista el feminismo reacciona desde la defensa ética de la situación injusta, vulnerable y vulnerada de la mujer en una civilización economicista, individualista y liberal; por otro lado, ante una ética renovada racionalista, con aspiraciones universalistas, deontológica, y centrada en los principios éticos de la acción opone la ética del cuidado, la atención a las circunstancias y al caso concreto, la “otra visión”, y escucha de la “otra voz”, con el puesto que le corresponde en el actuar humano a los sentimientos y al mundo afectivo.



El feminismo surge como un “punto de vista” en el cual, el “cómo” predomina finalmente sobre el “qué”, centrado en la visión de género, entendido este como a una construcción social y cultural, *“recoge sólo de forma indirecta aspectos biológicos –no es ‘sexo’ ni ‘cuerpo’, no es básicamente algo ‘natural’– en modo directo se refiere a una construcción cultural, social, política (...) que ha dado origen a un sistema de roles y, ante todo, a un sólido sistema de dominio”⁵*

Por eso, la crítica feminista defiende otro punto de vista, “otra voz”, según la conocida terminología de C. Gilligan, y otra ética también, la ética del cuidado, sin los lastres y prejuicios de la modernidad y de la filosofía moral universalista. Frente a una tradicional ética femenina de sacrificio, C. Gilligan propone en los comienzos del feminismo una ética feminista de autonomía, y en un segundo momento, varias autoras harán hincapié en la reivindicación de las injusticias y en la diferencia, sin que se pueda evaluar la ética de la mujer sólo por las virtudes propias de los roles sociales que históricamente se le han asignado⁶.



En otro momento, esta reflexión ética del feminismo llevó a contemplar la complementariedad entre lo masculino y lo femenino y puso sobre la mesa los dilemas sobre la maternidad (aborto, técnicas de reproducción asistida (TRA), maternidad subrogada o vientres de alquiler) y otros problemas de bioética desde el punto de vista de la toma de decisiones de la mujer, ampliando así la filosofía moral kantiana. La ética feminista lleva el debate desde el punto de vista moral al terreno de las experiencias y los dilemas reales, alejados de lo que llaman “una casuística inútil con principios absolutos”.



MARCO SOCIOCULTURAL

La filosofía y la esencia del feminismo como movimiento también son defendidas por hombres que han sido capaces de vencer todos los prejuicios y limitaciones socioculturales impuestos por un feroz patriarcado, al que luego me referiré, y entre los que se encuentra el Dr. Miguel Lorente, por mí admirado, quien ha ostentado cargos como delegado del Gobierno para la Violencia de Género en el Ministerio de Igualdad o el de director del Instituto de Medicina Legal de Granada. Además, cuenta con más de cien publicaciones nacionales e internacionales y del que podemos citar frases como *“La violencia de género no es un problema de pareja sino de la sociedad, hay que romper con esta idea. El machismo es una construcción cultural, no solo la conducta de los hombres cuando superan un determinado umbral”*.



Este es un ejemplo de persona pública, que lideró desde las instituciones todo un resurgir del movimiento en defensa del feminismo, sí, pero hay muchísimos hombres anónimos que no sólo piensan como las feministas, sino que con sus actos hacia las mujeres son coherentes en su manera de proceder en una relación de igualdad y equidad con ellas.

Pero afirmar lo contrario, “que todas las mujeres son feministas” también es un error de formación sociocultural, porque hay mujeres “embebidas” de un sistema patriarcal heredado, del que triste-

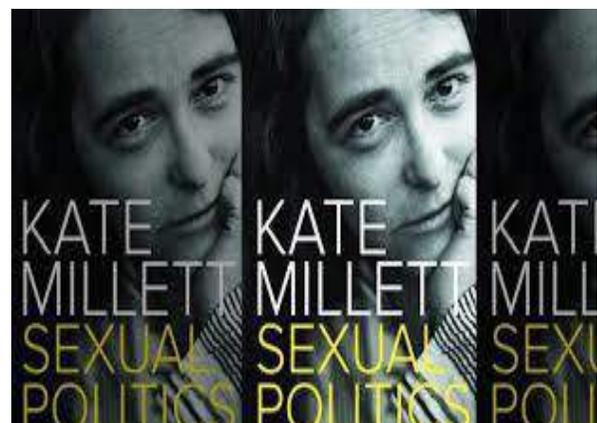
mente no son ni siquiera conscientes y que llevan a gala su aprendizaje “misógino del patriarcado” en cualquier ámbito, sea educacional, laboral, profesional o familiar. Quizá por eso cueste tanto entender que haya algunos tipos de violencia ejercida por mujeres hacia mujeres, tema de discrepancia de algunos colectivos.

• **Patriarcado, género y androcentrismo**

Estos tres conceptos son parte del meollo de algunas cuestiones que critican el feminismo. Veamos:

a) Patriarcado

Palabra derivada del griego “patriarca” que significa *mandato del padre* y desde antiguo denominó a la organización social que otorga la primacía a la parte masculina de la sociedad, e institucionaliza la influencia del padre de familia. La introducción de este término en el debate feminista se debe a Katherine Murray Millet en su libro *Sexual Politics* en 1970, activista de un feminismo radical para luchar ante un dominio social de los varones y subordinación casi “natural” de las mujeres en diferentes ámbitos de la vida, como sueldos desiguales (brecha salarial), empleos peores, algunos no remunerados como con las tareas del hogar y de poco prestigio social, la sexualidad orientada al placer de los hombres, el uso del lenguaje, todo esto y algunas cosas más que a pesar de los 50 años transcurridos están vigentes y por los que se sigue peleando.





b) Género

El concepto de «género» es central en la teoría feminista, que define el género (lo masculino/lo femenino), no como una realidad natural, consustancial al ser humano, si no como una construcción cultural⁷. El género sería el resultado de la inmersión en un conjunto de valores socialmente contruidos que dan lugar a la concepción de “lo femenino” o de “lo masculino”. A diferencia del sexo (hombre/ mujer), meramente biológico, la evolución de la sociedad ha asociado comportamientos, actitudes, percepciones y pensamientos o creencias a las mujeres, asociando las características biológicas sexuales a la imagen concreta del género femenino. Uno de los principales objetivos de las teóricas del género es cuestionar la creencia de que la biología determina la condición femenina (o masculina), afirmando su naturaleza social⁸.

A través del patriarcado o dominación del varón, la mujer es oprimida debido a su sexo y la opresión se da a través del género. Según Gayle Rubin, el sistema sexo/género asigna características culturales y, en consecuencia, artificiales y perfectamente modificables, a cada uno de los sexos, opresión del patriarcado que no sería inevitable, sino consecuencia de las relaciones sociales que organizan el llamado sistema sexo/género. Así Rubin⁹ argumenta su oposición al sistema que otorga al hombre lo masculino y a la mujer lo femenino con la consiguiente opresión y dominio jerarquizado resultando las desigualdades y asimetrías en la vida social, jurídica, política, sexual, etc.

c) Androcentrismo

Según el DLE, el “androcentrismo” es la *visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino*. El androcentrismo convierte la visión del varón en la única posible y establece una serie de paradigmas de estudio y análisis de la realidad, que además incluyen los sesgos raciales, de clase y de edad del sector dominante de la sociedad.

Hasta bien entrado el siglo XX, la producción intelectual ha sido androcéntrica, circunstancia idónea para crear la identidad femenina a la medida del varón. Como bien sabemos y a lo largo de la historia de la humanidad, los hombres “han escrito la partitura que las mujeres debían interpretar” y cuya “música” ha llenado y ocupado todos los ámbitos de la sociedad, la educación, la cultura, la justicia, incluso la sanidad y sus diferentes disciplinas profesionales dentro de la misma.

Afortunadamente en este siglo XXI mucho hemos avanzado respecto a este tema pero justo por eso mismo, hay tanta confrontación con sectores más conservadores de la sociedad, incluso de mujeres contra mujeres vgr.: (Mujeres contra el feminismo) creado en 2014 en EEUU ante la campaña #YesAllWomen, que puso de manifiesto situaciones de violencia y abusos sufridos por muchas mujeres.



LOS DERECHOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El movimiento feminista, en su filosofía ética, tal y como hemos visto, está íntimamente ligado con la defensa de los Derechos Humanos (DDHH) en general y con los derechos de las mujeres, concretamente, defendiendo los Derechos que estas tienen en cuanto a su Salud Sexual y Reproductiva (DSSxR).

De hecho en 2014, Naciones Unidas publicó un documento titulado: **“Los Derechos de la Mujer son Derechos Humanos”** con el fin de concienciar y diseñar algunas de las estrategias para erradicar todas las formas de discriminación contra la mujer y velar por que se dejen de vulnerar sus derechos humanos que no siempre son prioritarios en la políticas del país en cuestión.

La situación de la mujer, a estas alturas del S.XXI ha evolucionado pero desgraciadamente, aún hay lugares donde sigue habiendo discriminación, sin ir más lejos, en un país cercano relativamente como es Afganistán y lo ocurrido



con el régimen talibán, donde la mujer ha quedado completamente relegada, vejada y es asesinada volviendo a tiempos anteriores, misóginos, de la cultura religiosa de los talibanes e incumpliendo uno de los preceptos básicos de la carta de Derechos Humanos de 1945, en la que establece entre sus objetivos, el de “reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana [y] en la igualdad de derechos de hombres y mujeres”. Además, en el Artículo 1 de la Carta se estipula que uno de los propósitos de las Naciones Unidas es el de fomentar el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales “sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

En la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que fue aprobada por la Asamblea General en 1979, se establece la obligación de los Estados de abordar no solo las leyes discriminatorias, sino también las prácticas y costumbres, así como la discriminación de la mujer en el ámbito privado. En el artículo 1 de la Convención define la discriminación como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”.



En el año 2000, la comunidad internacional acordó ocho objetivos de desarrollo que debían cumplirse para 2015, entre ellos uno relativo a la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, y otro sobre la reducción de la mortalidad materna en un 75%, objetivo que en la sociedad del llamado “primer mundo”, se ha logrado pero no ocurre así en muchos otros países como bien sabemos, en los que en 2010 se comprobó que era el objetivo que más lejos estaba de alcanzarse, a pesar de los conocimientos y los medios existentes para hacer que las mujeres no corran peligro durante el embarazo y el parto.

Respecto a los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva, en la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 se destacan estos derechos en términos de libertad de decisión, autodeterminación y ausencia de violencia y coerción.

Según J. Montero¹⁰ los derechos reproductivos, “abarcaban dos principios: el derecho a la autodeterminación reproductiva y el derecho a la atención en salud reproductiva”

El derecho a la autodeterminación reproductiva, según esta autora es el derecho a planificar la propia vida, a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de las mujeres.



a) Derecho a determinar sin coacción el número e intervalo de hijos e hijas que se quiere tener.



b) A la información y los medios necesarios para llevar adelante sus opciones reproductivas. Incluye por tanto:

- Derecho a la libre elección sobre las opciones reproductivas.
- A una educación sexual no sexista y exenta de estereotipos.
- Al acceso a anticonceptivos seguros y eficaces.
- Al reconocimiento del aborto como el derecho de las mujeres a decidir.
- El derecho a la atención a la salud reproductiva (p. ej. embarazo, tratamientos de infertilidad).
- Atención a las personas con VIH e Infecciones de Transmisión Sexual.
- Acceso a los servicios de salud reproductiva.
- Atención y prevención frente a la violación y otras formas de violencia sexual.
- Derechos reproductivos de las y los adolescentes.
- Prevención frente a prácticas tradicionales nocivas que afectan a la salud sexual y reproductiva, al ser realizadas las más de la veces en condiciones rudimentarias y al privar a las mujeres de sentir placer sexual y de ejercer autonomía sobre sus cuerpos (p. ej. la mutilación genital femenina, la circuncisión).

El derecho a la Atención de la salud reproductiva, entendiéndose esta como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”, siendo clave para ello la accesibilidad a los recursos

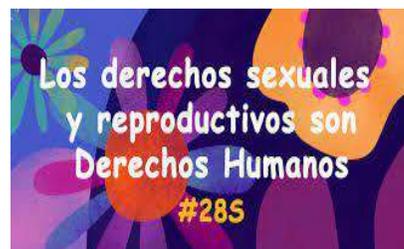


Foto: I Congreso Nacional de Matronas Españolas, Mayo 1929.

CONCLUSIÓN

Mi más sincera felicitación si habéis llegado hasta aquí, no es un texto fácil aunque he intentado hacerlo de la mejor manera. Y con todo esto, ¿Qué hacemos las matronas y los matrones? ¿Cómo nos afecta a nosotras/os? No voy a contar la historia de la profesión de matrona, creo que hay gente mucho más experta que yo para eso, pero a poco que la conozcáis, sabréis todo lo perseguidas que hemos sido y las luchas que hemos vivido por ser mujeres principalmente, y por dedicarnos al cuidado de la salud de mujeres teniendo como “rivales” a la profesión médica mayoritariamente formada por varones,

buscando una igualdad entre hombres y mujeres que hoy por hoy, en parte, se ha logrado con la inclusión de varones en una profesión históricamente ejercida por mujeres, que por decreto de algún jefe de servicio, eran discriminados a la hora de ingresar en nuestro colectivo.

El movimiento feminista surgió como defensa de muchos valores éticos: el respeto a la dignidad de las mujeres, la igualdad en las oportunidades desde la diferencia de sexos, la equidad en su reconocimiento social y económico, la abolición del estigma de género como construcción social que oprime a las mujeres, la defensa de la autonomía para la toma de decisiones en su salud sexual y reproductiva, cualquier tipo de violación de los DDHH de las mujeres como es la trata de mujeres en el caso de la prostitución; cualquier tipo de violencia, a saber, la violencia de género o violencia machista, la violencia sexual, la violencia obstétrica, y por supuesto la mutilación genital femenina aún presente en algunos países.



En todos estos temas, nuestro colectivo, como especialistas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, debemos estar presentes como agentes de salud directamente implicadas/os en proporcionar medidas prevención y promoción de estados saludables en la mujer que permitan vivir en una condiciones óptimas de manera integral.



Hay muchas maneras de ser feminista y de ejercer el feminismo, y diferentes lugares desde donde colaborar o participar en el logro de los objetivos feministas, desde lo privado a lo público y desde la parte asistencial, con la mejora de la asistencia, la información y formación, hasta la presencia en organismos públicos de gestión, en los que se pueda influir en las políticas sanitarias para acabar con cualquier tipo de discriminación hacia las mujeres, aquí o en cualquier lugar.

Para finalizar, como siempre, una frase, esta vez de una gran feminista además de filósofa como fue, Simone de Beauvoir: ***“El feminismo es una forma de vivir individualmente pero de luchar colectivamente”.***

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

Referencias:

1. Ética feminista. Alison M. Jaggar. UAM. 2014. Programa universitario de Estudios de Género.
2. Cott, Nancy F. (en inglés). The Grounding of Modern Feminism (El crecimiento del Feminismo Moderno)
3. Diccionario de la Lengua Española 23ª edición publicada por la RAE (2014) y versión electrónica 23.4 (2020)
4. Haslanger, Sally; Tuana, Nancy y O'Connor, Peg, "Topics in Feminism", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2012 Edition), Edward N. Zalta (ed.)
1. López de la Vieja MT. Ética y género. En: García JM, Coord. Dignidad de la vida y manipulación genética. Bioética, Ingeniería genética, Ética feminista, Deontología Médica. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002: 141-173.
2. Grimshaw J. La idea de una ética femenina. En: Peter Singer, editor. Compendio de Ética. Madrid: Alianza Editorial; 1995. p. 655-666
3. Amorós, Celia, (dir.). 10 palabras clave sobre mujer. Editorial Verbo Divino (1995).
4. J. Wallach Scott.(1986). Gender.a Useful Category of Historical Analysis. American Historical Review.
5. Rubin, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo.
10. Montero Corominas" Transformaciones del trabajo desde una perspectiva feminista: producción, reproducción, deseo, consumo" Coordinada por Matxalen Legarreta Iza, Débora Ávila Cantos, Amaia Pérez Orozco, 2006, ISBN 84-932873-6-9, págs. 159-172



RECTIFICACIÓN ARTÍCULO PUBLICADO EN INFOMATRONAS JULIO 2021, NÚMERO 60

En el artículo publicado en el nº 60 de rectificación del publicado en el nº 58 de la revista INFOMATRONAS, hice una serie de consideraciones relacionadas con el INSTITUTO DE GINECOLOGÍA S.L. en la que se ofrecía una información en relación a la precitada empresa sin contar con datos totalmente objetivos y susceptibles de valoración subjetiva. Dicho artículo ha dado pie al acto de conciliación en el Juzgado no 12 de Murcia y por el que procedo a retractarme del mismo.

Jorge Serrano Carrasco

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- El artículo 145 de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria, establece:

1. En el acto de conciliación expondrá su reclamación el solicitante, manifestando los fundamentos en que la apoye; contestará el requerido lo que crea conveniente y podrán los intervinientes exhibir o aportar cualquier documento en que funden sus alegaciones. Si no hubiera avenencia entre los interesados, el Letrado de la Administración de Justicia o el Juez de Paz procurará averirlos, permitiéndoles replicar y contrarreplicar, si quisieren y ello pudiere facilitar el acuerdo.
2. Si se alegare alguna cuestión que pueda impedir la válida prosecución del acto de conciliación se dará por terminado el acto y se tendrá por intentada la conciliación sin más trámites.
3. Si hubiere conformidad entre los interesados en todo o en parte del objeto de la conciliación, se hará constar detalladamente en un acta todo cuanto acuerden y que el acto terminó con avenencia así como los términos de la misma, debiendo ser firmada por los comparecientes. Si no pudiere conseguirse acuerdo alguno, se hará constar que el acto terminó sin avenencia.
4. El desarrollo de la comparecencia se registrará, si fuera posible, en soporte apto para la grabación y reproducción del sonido y de la imagen, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Civil. Finalizado el acto, el Letrado de la Administración de Justicia dictará decreto o el Juez de Paz dictará auto haciendo constar la avenencia o, en su caso, que se intentó sin efecto o que se celebró sin avenencia, acordándose el archivo definitivo de las actuaciones.

Segundo.- En el presente caso ha habido avenencia.

PARTE DISPOSITIVA

ACUERDO:

1. Dar por terminado con avenencia el acto de conciliación solicitado por INSTITUTO GINECOLOGICO SL, actuando en su nombre y representación el/la Procurador/a XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX; y en la que ha sido requerido/a D. JORGE SERRANO CARRASCO, consistiendo el acuerdo en:

“Que D. Jorge Serrano Carrasco publicará en la revista INFOMATRONA en la edición de marzo de 2022 un artículo de rectificación recogiendo lo siguiente: “Que en el artículo publicado en el nº 60 de rectificación del publicado en el nº 58 de la revista INFOMATRONAS hizo una serie de consideraciones relacionadas con el INSTITUTO DE GINECOLOGÍA S.L. en la que se ofrecía una información en relación a la precitada empresa sin contar con datos totalmente objetivos y susceptibles de valoración subjetiva. Dicho artículo ha dado pie al acto de conciliación en el Juzgado nº 12 de Murcia y por el que procedo a retractarme del mismo”.

DECRECE ALARMANTEMENTE EL NUMERO DE MATRONAS EN U.K

Algo profundamente preocupante le está sucediendo a la fuerza laboral de partería en el NHS de Inglaterra, y no es algo que se haya visto antes. Por primera vez desde que comenzaron los registros, el número de matronas está cayendo año tras año.

Las cifras más actualizadas, de noviembre de 2021, muestran que había el equivalente a 22.391 matronas a tiempo completo trabajando en el NHS en Inglaterra. Esto confirma un importante descenso de 331 matronas en comparación con noviembre de 2020.

Esta caída interanual en el número de matronas apareció por primera vez en julio del año pasado (2021), y desde entonces lo hemos visto repetirse todos los meses. Sin embargo, la caída de noviembre (331) es la peor hasta ahora.

El Royal College of Midwives (RCM) tiene cifras mensuales de la fuerza laboral desde 2009, antes de que los conservadores obtuvieran una mayoría parlamentaria, antes de la Coalición, en la época en que Gordon Brown estaba en el número 10 de Downing Street. En ningún momento en todos esos años se vio una caída año tras año, ni siquiera una vez. Ahora ha habido cinco seguidas, sin ninguna señal de que este patrón se detendrá.

La gran preocupación es que hace menos de un año, la primavera pasada, la ministra de servicios de maternidad, que entonces era la diputada Nadine Dorries, confirmó que al NHS en Inglaterra le faltaban poco menos de 2000 matronas a tiempo completo. Pero lejos de ver que se reduzca la escasez, ahora se están viendo estas caídas repetidas en el número de matronas.

No es de extrañar que las matronas informen de que se les ha hecho perder el equilibrio y que, a veces, ni siquiera tienen tiempo para tomar un vaso de agua cuando tienen sed.

Esta situación es mala y está empeorando, y el Gobierno necesita hacer frente a esta crisis cada vez más profunda y controlarla.

Una forma clave en la que el Gobierno podría hacer precisamente esto sería dar a las matronas, entre otro personal del NHS, un aumento salarial decente este año. Las facturas de energía están por las nubes, se espera que la inflación supere el 7 por



ciento este año, y Gran Bretaña se enfrenta a la mayor reducción del nivel de vida de la que se tenga registro.

A menos que el gobierno quiera que esto empeore aún más, simplemente debe dar a las matronas, así como a los trabajadores de apoyo a la maternidad y otros colegas del NHS, el aumento salarial decente que todos merecen.

Por otra parte, las llegadas al Reino Unido de matronas que se habían formado en otros lugares del Espacio Económico Europeo (EEE) y que se habían registrado en el Consejo de Enfermería y Partería para ejercer en el Reino Unido, sigue en descenso. Las llegadas al Reino Unido de estas matronas se han derrumbado desde el referéndum de 2016, situándose en solo 33 matronas en los 12 meses hasta finales de marzo de 2018. El número de salidas ha aumentado a 234 en el mismo período.

De igual modo contribuye a esta significativa reducción de matronas en UK que los profesionales europeos que decidían ir a formarse como matronas en este país al no poder formarse en los propios, ante la situación real de que la salida de UK del espacio europeo dificulta la libre circulación de profesionales al impedir el reconocimiento automático de la especialidad en el resto de los países de la UE como anteriormente, en muchos casos, lleva a no asumir el riesgo que conllevaría esta decisión para su futuro profesional.

Fuente: **Stuart Bonar, Asesor de Asuntos Públicos**
Royal College of Midwives

FUNCIÓN Y REMUNERACIÓN DE LA PARTERÍA EN EL NHS (REINO UNIDO)



Con la inflación desbocada en **Reino Unido**, el Gobierno subirá el **salario** mínimo un 6,6%, hasta unas 1.520 libras al mes (1.800 euros), aceptando las recomendaciones de la Comisión de **Salarios** Bajos, una organización asesora del Gobierno. ¿ Y como afecta esto a las matronas?

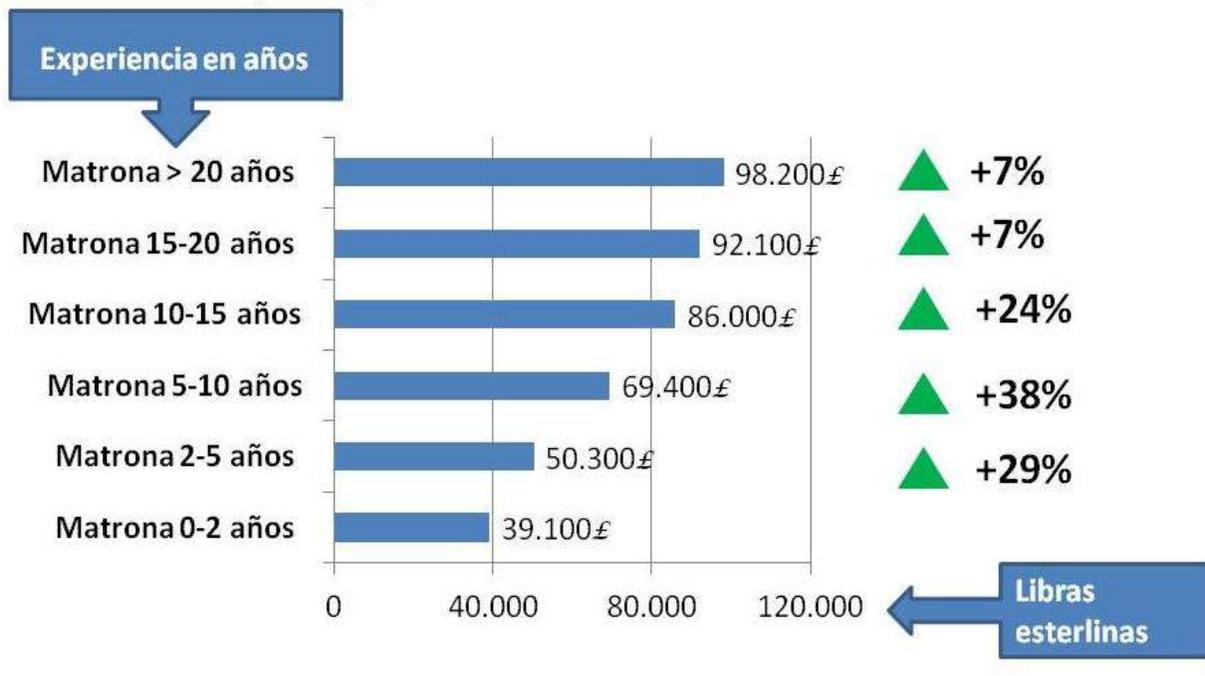
Hay una escasez de matronas en todo el mundo, lo que hace que la demanda de estas sea más importante que nunca.

Para convertirse en matrona, en UK es necesario un título en partería, que lleva tres años conseguir. Si ya es una enfermera senior registrada, puede realizar un curso más corto, que dura 18 meses. Cuando finalice podrá registrarse en el Consejo de Enfermería y Partería (NMC), lo que le permitirá ejercer como matrona.

El nivel de experiencia es el factor más importante para determinar el salario. Naturalmente, cuantos más años de experiencia, mayor será el salario; también hay diferencia en relación al nivel formativo (maestría frente a licenciatura= 60% más)

INCREMENTO DE SALARIO PROMEDIO PARA MATRONA (SEGÚN EXPERIENCIA) EN REINO UNIDO 2022

Los porcentajes de aumento son relativos al valor anterior



THE TIMES

LAS MUERTES DE BEBÉS OBLIGA A PONER FIN A LOS OBJETIVOS DEL NHS PARA LOS PARTOS NATURALES



El Servicio Nacional de Salud inglés (NHS) ha abandonado los objetivos que alentaban a los hospitales a perseguir "partos normales", por temor a la seguridad de las madres y los bebés.

El año pasado, el Comité de Salud y asistencia social de los Comunes pidió el fin inmediato del uso de los objetivos de cesáreas.

A las unidades de maternidad se les dijo en una carta que dejaran de usar las tasas de cesárea para evaluar su desempeño. Se produce después de repetidos escándalos en las unidades de maternidad, atribuidos en parte a un enfoque en la búsqueda de partos naturales a expensas de la seguridad.

La carta de Jacqueline Dunkley-Bent, matrona jefe de NHS England, y el Dr. Matthew Jolly, director clínico nacional de maternidad, instó a "todos los servicios de maternidad a dejar de usar las tasas de cesárea total como un medio de gestión del rendimiento".

Agregó: "Estamos preocupados por la posibilidad de que los servicios persigan objetivos que pueden ser clínicamente inapropiados e inseguros en casos individuales".

En julio del año pasado, el Comité de Salud y asistencia social de los Comunes pidió el fin inmediato del uso de los objetivos de cesáreas, diciendo que era "profundamente preocupante" que los servicios de maternidad hubieran sido penalizados por tener altas tasas en el pasado.

Un informe final sobre las muertes de docenas de bebés en el Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust se publicará el próximo mes. Se espera que sea muy crítico.

El fideicomiso está en el centro del mayor escándalo de maternidad en la historia del NHS, con 1.862 casos bajo investigación.

La matrona que lidera la investigación, Donna Ockenden, ha dicho que las mujeres "se sintieron presionadas para tener un parto normal" en el fideicomiso, y agregó: "Hubo un enfoque multiprofesional, no dirigido por matronas en el parto normal, prácticamente a cualquier costo".

El fideicomiso de Shrewsbury tuvo la tasa de natalidad natural más alta de Inglaterra durante cinco de los ocho años entre 2010 y 2018 y estuvo entre los tres primeros en los años restantes.

Hayley Coates, de 29 años, perdió a su hijo Kaylan después de que el personal de Nottingham University Hospitals NHS Trust ignorara sus súplicas para una cesárea en marzo de 2018. Un forense dictaminó que la negligencia contribuyó a la muerte de Kaylan. Sufrió una fractura de cráneo cuando fue extraído con fórceps y se quedó sin oxígeno.

Coates, madre de tres hijos, dijo que dio la bienvenida a la carta del NHS England, y agregó: "Me ignoraron cuando pedí varias veces una cesárea. Me dijeron repetidamente: Tendrás este bebé de forma natural, no quieras ir a quirófano. Si hubiera ido al quirófano muchas horas antes, mi bebé no habría muerto. Tienen el deber de cuidar, y se supone que los deseos de la madre son prioritarios".

El fideicomiso de Nottingham se enfrenta a su propia investigación sobre la mala atención,

investigando casi 70 casos. El fideicomiso se disculpó por los errores y dijo que ha aprendido de la muerte de Kaylan. Tuvo una tasa superior al promedio de nacimientos naturales en comparación con fideicomisos de tamaño similar en cada año desde 2010.

En su sitio web, las matronas que trabajan en su unidad dirigida por matronas se describen como "comprometidas con la promoción del parto normal".

Hallazgos similares se hicieron en los Hospitales Universitarios de Morecambe Bay NHS Foundation Trust, donde una investigación en 2015 encontró que había una búsqueda de parto normal "a cualquier costo".

Los fideicomisos del NHS han comparado durante años sus tasas de cesárea con el promedio. En 2012, el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists aconsejó una tasa del 20 por ciento.

Los datos de la Oficina de Estadísticas Nacionales mostraron que los mortinatos habían disminuido en un 25 por ciento en 2020 en comparación con 2010, y las muertes neonatales de los bebés nacidos a las 24 semanas se redujeron en un 36 por ciento. El NHS tiene como objetivo reducir a la mitad los números para 2025.

Un informe sobre las muertes en el Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust se publicará el próximo mes

En 2017, el Royal College of Midwives (RCM) abandonó formalmente su campaña de parto normal. Gill Walton, su director ejecutivo, dijo que un enfoque de objetivos no apoyaba la toma de decisiones correcta, y agregó: "Si bien damos la bienvenida a la decisión de NHS England de eliminar los objetivos que penalizan los servicios de maternidad por tasas de cesárea más altas, es una pena que esto haya tomado tanto tiempo. Las decisiones sobre la atención clínica deben tomarse pensando en el mejor y mayor interés de la mujer y su bebé".

Advirtió que ya había una escasez de 2.500 matronas, lo que estaba teniendo un impacto en los servicios, e instó a los ministros a "controlar

esto antes de que se convierta en una crisis en toda regla".

El RCM también publicó consejos a las parteras la semana pasada sobre cuándo y cómo deben dar la alarma sobre la atención insegura.

Jo Mountfield, vicepresidenta del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, dijo que acogía con satisfacción la aclaración del NHS England, y agregó: "Estos objetivos no son apropiados en circunstancias individuales. Tanto los partos vaginales como los cesáreas conllevan ciertos beneficios y riesgos, que deben discutirse con las mujeres a medida que eligen cómo desean dar a luz. Las mujeres que dan a luz deben sentirse apoyadas y sus elecciones deben ser respetadas. El RCOG no promueve un método de nacimiento sobre otro".

NHS England ha invertido £ 95 millones en servicios de maternidad este año y ha prometido reclutar a 1.200 matronas, aunque los últimos datos sugieren que el número de matronas equivalentes a tiempo completo está disminuyendo en comparación con hace un año.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Southampton publicado la semana pasada mostró que las mujeres en salas postnatales tenían más probabilidades de experimentar una atención más deficiente en las unidades del NHS donde había menos matronas.

VER GRAFICAS



Tasa de Mortalidad Infantil
Muertes por 1000 nacidos vivos

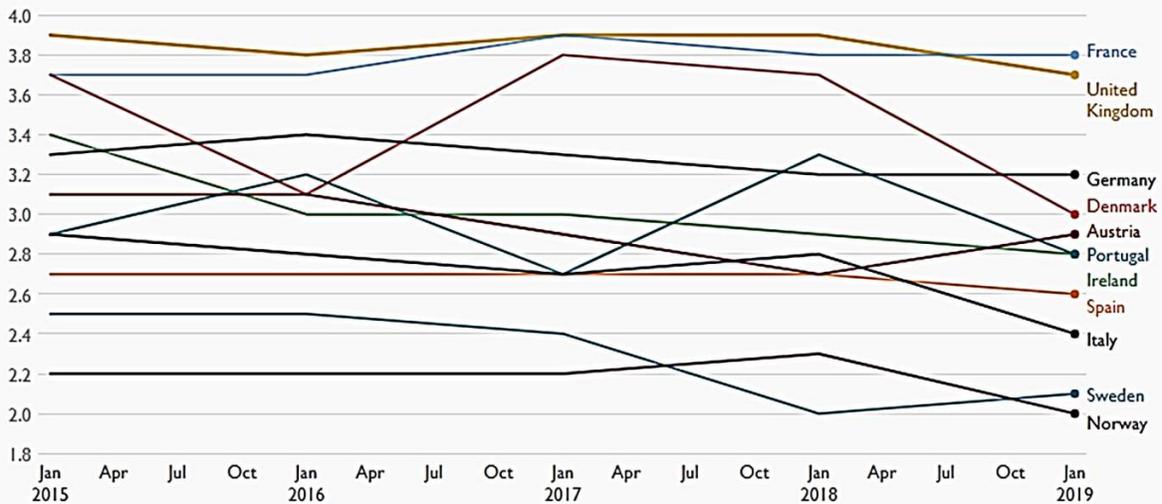
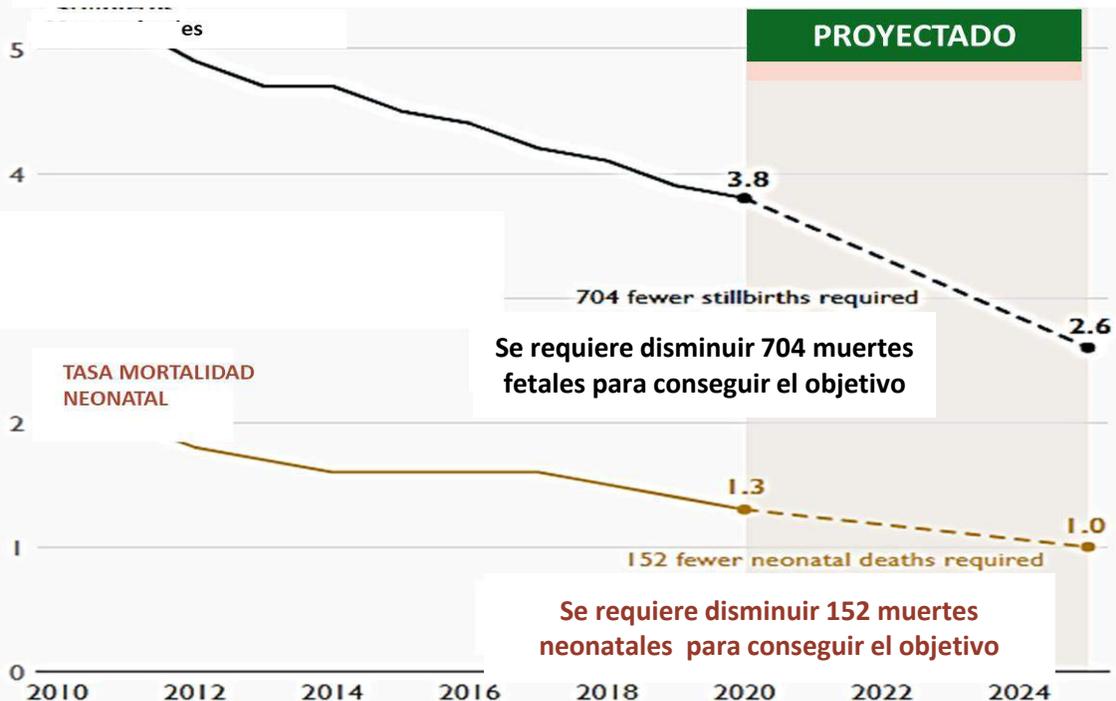


Grafico: The Times and The Sunday Times. Fuente: OECD Datos Salud

TASAS DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL (A PARTIR DE 24 SG) POR 1.000 NACIDOS VIVOS



Los datos reflejados a partir de 2020 corresponden al objetivo del Gobierno
Grafico: The Times and The Sunday Times. Fuente: Office for National Statistics



AHORA SE SUMA EL MIEDO A LA COVID-19, A LAS OTRAS CAUSAS DE RETRASO DE LA MATERNIDAD

Los años 2020 y 2021 han estado marcados por la pandemia global de COVID-19. Esto ha provocado que la planificación de la maternidad, tema clave en España por la caída en picado de esta durante los últimos años, pase a un segundo plano para muchas mujeres. Así lo muestra el VII Estudio “Conocimiento y Hábitos de la fertilidad de las mujeres”, realizado por las clínicas Ginefiv, pertenecientes al grupo internacional especializado en reproducción asistida GeneraLife. En el que participaron 1.136 mujeres de entre 18 y 50 años. Entre ellas, el 52% tenía entre 26 y 35 años, un 41% de las encuestadas se situaba en la franja de edad comprendida entre los 36 y los 45 años y un 3% y 4% eran menores de 25 años o mayores de 45 años, respectivamente.

El 60% de las mujeres han decidido retrasar la maternidad

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2020 la natalidad continuó descendiendo, un 5,35% menos que el año anterior. Y es que, de acuerdo con el VII Estudio “Conocimiento y Hábitos de fertilidad de las mujeres”, un 70% de las mujeres encuestadas han afirmado querer ser madres pronto, sin embargo, un 60% han retrasado los planes de maternidad debido a la pandemia por COVID-19. De hecho, entre las mujeres que desean ser madres pronto, un 11% estaba intentándolo justo antes de la llegada de la pandemia y se han visto obligadas a posponer la experiencia.

Entre los motivos para retrasar esta decisión se encuentran el miedo por la COVID-19 (33%), la situación laboral inestable (32%), la crisis económica (25%), el nivel de ingresos bajos (8%) y la situación de desempleo o ERTE (2%).

Retraso de la maternidad en España

España se encuentra entre los países europeos que más retrasan el nacimiento de su primer hijo, según la última encuesta de Eurostat. “La pandemia está teniendo una incidencia en el retraso de los planes de maternidad y, en el caso de España, donde la edad media para tener el primer hijo ya es de las más elevadas (31 años), supone un obstáculo para la capacidad reproductiva de las mujeres”, explica el Dr. Joaquín Llácer, director médico de las clínicas Ginefiv.

Por otro lado, la decisión de postergar la etapa de la maternidad, así como el estilo de vida, son causas que influyen en el aumento de casos de infertilidad. En España, una de cada cuatro personas puede presentar algún problema a la hora de concebir un hijo y la calidad seminal y ovárica desciende a un ritmo imparable.

Problemas de infertilidad en las mujeres

En el caso de las mujeres, la reserva ovárica, así como la calidad de los óvulos disminuye significativamente a partir de los 35 años, afectando directamente a su fertilidad y dando lugar a una serie de complicaciones como tener que recurrir a la reproducción asistida, tener un mayor número de inseminaciones fallidas, y cuando se consigue el embarazo, un mayor número de abortos y de malformaciones fetales.

“Por estos motivos, conocer las opciones para retrasar la maternidad ayudará a muchas mujeres a preservar su fertilidad. Informarse y conocer las diferentes técnicas para retrasar sus planes de maternidad será decisivo para que muchas mujeres no pierdan la oportunidad. En estos casos, la vitrificación de óvulos es una opción que permite a la mujer preservar sus óvulos para que puedan ser fecundados en el futuro. Sin embargo, falta mucha información sobre estas técnicas, ya que, según los resultados del estudio, solo 1 de cada 4 mujeres que quieren ser madres y han decidido retrasar la maternidad, se ha planteado recurrir a ella”, afirman fuentes de Ginefiv

Fuente: Ginefiv

LA ATENCIÓN PRIMARIA EUROPEA NECESITA MODERNIZARSE PARA LA VIABILIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

El informe *“The frontdoor of healthcare- Rethinking the Primary Care”* (Transformando el acceso a los cuidados sanitarios) recientemente aparecido, se analizan las principales necesidades de transformación de la Atención Primaria y cómo las tecnologías pueden facilitar la modernización de los centros de salud, destacando la importancia de la analítica avanzada.



Los sistemas sanitarios deben aprovechar el potencial ofrecido por la tecnología y los datos para crear una red inteligente, programable y geográficamente distribuida, con un alcance global y conectividad casi instantánea que les permita transformar la atención sanitaria en los centros de salud. En un momento en el que hay nuevos actores en el sistema (aseguradoras, grandes empresas y compañías tecnológicas), es necesario realinear capacidades a medida que los proveedores de tecnología vayan teniendo una función más relevante, especialmente en Atención Primaria.

Garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en los estados del bienestar pasa por garantizar un uso eficiente de los recursos y orientarnos más hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este cambio de paradigma exige re-fortalecer la atención primaria como un punto de entrada clave en el sistema sanitario.

Por suerte, la cantidad de datos almacenado que existen en lo relativo a la salud es bastante alto, ya que representa el 30% del total según la Emerj, empresa de investigación de mercado de inteligencia artificial.

Uno de los ejes esenciales para garantizar este fortalecimiento es precisamente el poner como elemento clave una gestión basada en la evidencia; en este sentido es preciso aprovechar el uso de la información y los datos disponibles para disponer del conocimiento necesario para la toma de decisiones.

CAMBIOS NECESARIOS PARA EL FUTURO

REFORZAR LA ATENCION PRIMARIA PARA:

Reducir el número de casos de enfermedades graves que requieren Tto. hospitalario.

Mejorar el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Permitir una relación más cercana entre los usuarios y sus sanitarios a nivel local.

PREVENIR ENFERMEDADES Y FOMENTAR LA BUENA SALUD AMPLIANDO LA COBERTURA DEL SISTEMA SANITARIO A:

Promover estilos de vida saludables que abarquen todos los aspectos, desde la nutrición al ejercicio físico, garantizando que este aspecto se incluye en las competencias de atención

Ampliar el alcance de la comunicación sanitaria para incluir la educación y la asistencia social.

Reducir la desigualdad en vivienda, ingresos y entorno, que juegan un papel directo en la obtención de unos malos resultados en salud

AUNAR LA ASISTENCIA SANITARIA Y LA SOCIAL FOMENTANDO LA COLABORACIÓN ENTRE ESTAS DOS ÁREAS TRADICIONALMENTE INDEPENDIENTES MEDIANTE LAS SIGUIENTES ACCIONES:

Garantizar que la asistencia social es una parte integral de la Atención primaria, ya que las políticas sociales definen las oportunidades y coyunturas vitales, además de las condiciones de vida.

Abarcar el ciclo vital humano completo de forma conectada, desde la infancia (integración en el sistema educativo) al final de la vida (cuidados paliativos), con todos los puntos intermedios.

RECURRIR A LOS DATOS PARA PROMOVER CAMBIOS POSITIVOS, YA QUE CUALQUIER CAMBIO POSITIVO DEBE ESTAR FUNDAMENTADO EN DATOS, UTILIZADOS CON CAUTELA Y SIEMPRE CONTANDO CON EL RESPALDO PÚBLICO PARA:

Supervisar indicadores de salud de forma temprana y frecuente como una herramienta para prevenir enfermedades. La única forma de hacer esto es pedir a los usuarios que nos permitan acceder regularmente a un conjunto limitado y definido de sus datos

Mejorar de forma significativa el diagnóstico predictivo que permita llevar a cabo intervenciones tempranas que impidan la evolución de la enfermedad hasta el punto de requerir la hospitalización.

Gestionar mejor las condiciones locales, reduciendo los tiempos de permanencia hospitalaria y aprovechando mejor unos presupuestos que ya están al límite; las intervenciones automatizadas basadas en datos serán un elemento innegociable.

Todos estos aspectos tienen una dimensión política innegable, pero aquí entra la tecnología y la generación de conocimiento mediante la analítica de datos, la Inteligencia Artificial aprovechando el Big Data, que permiten desarrollar programas de salud orientados a incrementar la esperanza de vida con mayor calidad de vida,

siempre creando sistemas alimentados por datos. La mejora de la calidad de vida, en una sociedad ya de por sí envejecida, hace que se afronten nuevos retos en el sector salud, y es cuando la atención primaria cobra especial importancia.

Esto, entre otras muchas cosas que analiza el informe, sirve para entender el papel fundamental de la tecnología en la modernización de los centros de salud, teniendo en cuenta tanto la experiencia de las personas usuarias como la de los profesionales de los centros de salud que, en los últimos meses se han alzado como fundamentales para aliviar la presión hospitalaria generada por la COVID-19 y han supuesto la piedra angular del sistema de salud a posteriori.

Uno de los puntos clave del estudio pone el foco en la capacidad de los sistemas europeos de tratar a pacientes, pero también en sus deficiencias a la hora de prevenir las enfermedades. La medicina preventiva necesita de una atención primaria eficiente, con un rol fundamental dentro del sistema de salud para no llegar a tener una población con enfermedades graves que podrían haber sido prevenidas.

Mejora en la integración e interoperabilidad

Además de poner un mayor foco en la atención primaria y dotarla de recursos humanos para mejorar la medicina preventiva, es importante hacer que el sistema sea transversal en el tipo de tratamientos (incorporando de manera relevante programas orientados a la salud mental o programas de hábitos saludables a lo largo de la vida, por ejemplo) y cómo las tecnologías pueden ayudar a impulsarlos. Otro de los elementos clave para el futuro de nuestro modelo de salud es incluir un enfoque *One Health*; este concepto contempla la salud integral del medio ambiente y todas las especies que lo componen como un todo integrado, explora las interacciones e interdependencias entre unos y otros aspectos y busca un balance fructífero entre éstas. La propia pandemia nos ha enseñado lo fácil que es la imbricación del ser humano en el medio natural.

Por otro lado, a medida que avanza el nivel de vacunación, las nuevas oleadas de la COVID-19 van a tener que ser gestionadas desde la atención primaria y por tanto es esencial fortalecerla.

Así, mejorar la integración de los sistemas tecnológicos y organizativos ayudará mejorando la interoperabilidad, algo esencial entre países o incluso entre regiones del mismo país a nivel profundo. Esto permitirá un modelo mucho más integral, en el que espacios flexibles, en los que se podrán aunar recursos desagregados de la forma que sea necesaria con una seguridad total para gestionar proyectos conjuntos, desarrollar soluciones colaborativas y acceder a datos sensibles en condiciones de absoluta seguridad.

Más datos, pero con un mejor acceso

A pesar de la integración de los sistemas, la recogida, recopilación y análisis de datos para convertirlos en información valiosa todavía se ven mermados por barreras en los sistemas que pueden subsanarse con tecnología. Un ejemplo son los historiales médicos, que necesitan ser más exhaustivos y mucho más accesibles. Según la organización europea DIGITALEUROPE la adopción de historias clínicas electrónicas es aún minoritario, llegando solo al 3% (en Estados Unidos llega a un 35%).

Todo el conjunto de datos, incluyendo la parte de las historias clínicas, debe estar impulsada por la analítica de datos, que lleve a una mejor información individual del paciente y esto derive en un mejor tratamiento, más eficiente y personalizado. Esta relación con el paciente, si se utiliza tecnología interoperable, debe contener altos niveles de información individual y personalizada y evolucionar constantemente.

“Una de las mayores lecciones aprendidas de esta crisis sanitaria es la necesidad de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud fortaleciendo la atención primaria e intensificando estrategias promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

En este contexto, los Fondos Next Generation EU ofrecen una oportunidad sin precedentes para transformar los

siempre creando sistemas alimentados por datos. La mejora de la calidad de vida, en una sociedad ya de por sí envejecida, hace que se afronten nuevos retos en el sector salud, y es cuando la atención primaria cobra especial importancia.

Esto, entre otras muchas cosas, que analiza el informe para entender el papel fundamental de la tecnología en la modernización de los centros de salud, teniendo en cuenta tanto la experiencia de las personas usuarias como la de los profesionales de los centros de salud, que en los últimos meses se han alzado como fundamentales para aliviar la presión hospitalaria generada por la COVID-19 y suponiendo la piedra angular del sistema de salud a posteriori.

Uno de los puntos clave del estudio pone el foco en la capacidad de los sistemas europeos de tratar a pacientes, pero sus deficiencias a la hora de prevenir las enfermedades. La medicina preventiva necesita de una atención primaria eficiente, con un rol fundamental dentro del sistema de salud para no llegar a tener una población con enfermedades graves que podrían haber sido prevenidas.

Mejora en la integración e interoperabilidad

Además de poner un mayor foco en la atención primaria y dotarla de recursos humanos para mejorar la medicina preventiva, es importante hacer que el sistema sea transversal en el tipo de tratamientos (incorporando de manera relevante programas orientados a la salud mental o programas de hábitos saludables a lo largo de la vida, por ejemplo) y cómo las tecnologías pueden ayudar a impulsarlos. Otro de los elementos clave para el futuro de nuestro modelo de salud es incluir un enfoque *One Health*; este concepto contempla la salud integral del medio ambiente y todas las especies que lo componen como un todo integrado, explora las interacciones e interdependencias entre unos y otros aspectos y busca un balance fructífero entre éstas. La propia pandemia nos ha enseñado lo fácil que es que la imbricación del ser humano en el medio natural.

Por otro lado, a medida que avanza el nivel de vacunación, las nuevas oleadas de la COVID-19 van a tener que ser gestionadas desde la atención primaria y por tanto es esencial fortalecerla.

Así, mejorar la integración de los sistemas tecnológicos y organizativos ayudará mejorando la interoperabilidad, algo esencial entre países o incluso entre regiones del mismo país a nivel profundo. Esto permitirá un modelo mucho más integral, en el que espacios flexibles, en los que se podrán aunar recursos desagregados de la forma que sea necesaria con una seguridad total para gestionar proyectos conjuntos, desarrollar soluciones colaborativas y acceder a datos sensibles en condiciones de absoluta seguridad.

Más datos, pero con un mejor acceso

A pesar de la integración de los sistemas, la recogida, recopilación y análisis de datos para convertirlos en información valiosa todavía se ven mermeados por barreras en los sistemas que pueden subsanarse con tecnología. Un ejemplo son los historiales médicos, que necesitan ser más exhaustivos y mucho más accesibles. Según la organización europea DIGITALEUROPE la adopción de historias clínicas electrónicas es aún pormenorizado, llegando solo al 3% (en Estados Unidos llega a un 35%).

Todo el conjunto de datos, incluyendo la parte de las historias clínicas, debe estar impulsada por la analítica de datos, que lleve a una mejor información individual del paciente y esto derive en un mejor tratamiento, más eficiente y personalizado. Esta relación con el paciente, si se utiliza tecnología interoperable, debe contener altos niveles de información individual y personalizada y evolucionar constantemente.

“Una de las mayores lecciones aprendidas de esta crisis sanitaria es la necesidad de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud fortaleciendo la atención primaria e intensificando estrategias promoción de la salud y prevención de la enfermedad”.

En este contexto, los Fondos Next Generation EU ofrecen una oportunidad sin precedentes para transformar lo

sistemas sanitarios de manera estructural, generar un modelo más resiliente, empezando por la atención primaria. Ver cómo sistemas aparentemente bien financiados y bien gestionados han estado a punto de colapsar ante el alto número de casos, la falta de equipos fundamentales, la búsqueda de tratamientos efectivos a contrarreloj, o la provisión de medidas de protección social a medida que la pandemia empeoraba, ha sido tan instructivo como alarmante, y esto permite conocer más para construir un futuro mejor.

Fuente NTT DATA:

El informe completo está disponible en español en:

https://es.nttdata.com/a-health/whitepaper_primary_health_esp_v01.pdf





M.ª DEL CARMEN NAVARRO JIMÉNEZ, MATRONA DOCENTE EN LA UNIVERSIDAD Y PRIMERA DIRECTORA DE LA UDM DE GRANADA

Nuestra entrevistada de este número es una matrona con largo recorrido profesional, en la que destaca toda su labor como docente en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Granada.

Ha sido Directora de la Unidad Docente de Matronas (UDM) de Granada y durante un tiempo, lo simultaneó con la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) "Virgen de las Nieves" del Servicio Público Andaluz de Salud, adscrita a la Universidad

de Granada.

Mª del Carmen, ha sido una profesora muy querida para cientos de alumnos que han pasado no sólo por la UDM sino por la Escuela de Enfermería de la Universidad Granada. Siendo hija de matrona, la profesión la vivió muy de cerca y desde muy niña, algo que la hizo elegir, según ella, una profesión muy gratificante.

P: Hola Mª del Carmen, por fin ha llegado el momento tan esperado de poder entrevistarte. Sabes que lo teníamos pendiente y que por circunstancias no ha podido ser antes, pero aquí estamos. Me hace mucha ilusión poder tener un rato para que nos cuentes algunas cosas que me parecen súper interesantes que he leído de tu vida curricular y me gustaría que compartiésemos con las compañeras que nos puedan o quieran leer. ¿Cómo quieres que te llame, Mª Carmen o Carmen? ¿Cómo te sientes más identificada?

R: Me siento más identificada con Mari Carmen.

P: Para empezar, me contaste que eres hija de una matrona, no creo que todo el mundo lo sepa, ¿fue esto lo que marcó tu decisión de ser matrona?

R: Cuando decidí ser matrona, no lo hice conscientemente porque mi madre lo fuera, simplemente me gustaba e interesaba, de hecho, no lo comuniqué a mi familia hasta que no estuve matriculada. Si bien es cierto que tenía y tengo muchos recuerdos y anécdotas de la infancia relacionadas con la profesión de mi madre, como por ejemplo, el de una noche de Navidad a mis 5 o 6 años en la que, estando preparada toda la familia para ir a Misa del Gallo, justo en el momento de salir, llamó al timbre de casa un señor cuya mujer estaba de parto, con lo cual mi madre se fue a atenderla y el resto de la familia, salimos como estaba previsto, a la Catedral.

P: Y además tienes una hermana enfermera ¿Crees que tu madre fue un modelo a seguir? Seguro que tienes mil anécdotas, ¿podrías compartir alguna con nosotras?

R: Sí, fue un modelo a seguir, pero no solo como matrona, yo considero que era una mujer muy adelantada a su época en todos los aspectos. Estaba tan implicada profesionalmente que intentaba siempre estar al día y aumentar sus conocimientos, de hecho, a mediados de los 50, viajó a París para realizar una estancia de mes y medio en la Maternidad de San Antonio para formarse en lo que entonces empezaba a ser un nuevo aspecto en los cuidados a

la embarazada, concretamente lo que entonces se llamaba “Preparación al parto sin dolor”, origen e inicio de la actual Educación Maternal.

P: He leído que no te hiciste matrona nada más acabar enfermería, bueno ATS del momento ¿Cómo fue ese paso después de unos años siendo enfermera? ¿Te sientes orgullosa de ser matrona?

R: Antes de hacer Matrona, estuve trabajando como enfermera en la planta de Oncología Ginecológica del Hospital Materno Infantil “Virgen de las Nieves” de Granada. Es cierto que pasó algún tiempo hasta que tomé la decisión, pero no fue por nada concreto. Sí, me siento muy orgullosa de ser matrona, es una profesión no solo muy especial, sino que es muy gratificante, aunque también es cierto que tiene en el ejercicio profesional momentos muy estresantes, pero que compensan cuando todo se resuelve favorablemente.



P: De los 45 años que les has dedicado a la profesión, más de 30 han sido dentro del mundo de la docencia y he entrevistado ya a unas cuantas compañeras con ese mismo perfil ¿qué tiene la docencia que atrae tanto dentro de nuestro colectivo?

R: La docencia tiene un gran atractivo porque te estimula y obliga a mantenerte no solo actualizada profesional y científicamente, sino también es muy satisfactoria al estar permanentemente en contacto con gente muy joven con inquietudes.

No solo he ejercido la docencia, también he trabajado en la asistencia como matrona en paritorio en el Hospital Materno Infantil “Virgen de las Nieves” de Granada, que simultaneeo con la docencia a tiempo parcial, hasta que conseguí la plaza de Profesora Titular en la Universidad de Granada y solicité la excedencia en la asistencia.

P: Estuviste 20 años como vocal de Andalucía en la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), ¿no?, ¿puedes contarme algo de esa época, qué se hacía en esa asociación?

R: La AEED, fue una asociación pionera y líder de los avances de la Enfermería en España en la segunda mitad del siglo XX, tuvo un papel muy importante y decisivo en el cambio de los estudios en nuestro país y en la integración de la Enfermería en la Universidad. Trajo y dio a conocer en España a líderes de la Enfermería Internacional, como Dorothea Orem, Virginia Henderson, Linda Calpenito, entre otras.

La Asociación trabajaba y publicaba documentos profesionales en los que se trataba de profundizar y reflexionar sobre distintos aspectos de la Enfermería.

Anualmente se celebraban Jornadas en las que se debatían y analizaban los problemas de actualidad de la Enfermería y las perspectivas de futuro, a las mismas, asistían como invitadas Enfermeras de prestigio a nivel internacional. También se organizaban cursos de distintas materias para la actualización de los profesionales, según las corrientes de las distintas Teorías y Modelos de Enfermería.

La AEED la formaban dirigentes de las distintas Escuelas de España y enfermeras en general. En ella estaban las líderes y referentes de la Enfermería en esos años, como M^a Paz Mompert, Rosa María Blasco, Rosa María Alberdi, Pilar Antón, Pilar Arroyo, Magdalena Santo Tomás etc.

P: Leyendo parte de tu trayectoria, me ha llamado muchísimo la atención todos tus trabajos fuera de España, en Cuba, Ecuador, Marruecos... ¿en qué consistían estos proyectos?

R: Mi colaboración y estancias en distintas Universidades latinoamericanas, siempre han sido dentro del marco de los convenios que la Universidad de Granada tiene con distintas Universidades, y ha consistido generalmente, en asesoramiento sobre los estudios de Matrona o sobre la Especialidad de Enfermería Comunitaria y también relacionados con las rotaciones externas de los EIR de Matronas o estancias de prácticas de los alumnos de Enfermería en esos centros.



P: Has viajado mucho para formarte y participar en congresos fuera de España ¿crees que es importante conocer nuestra profesión más allá de nuestras fronteras? ¿Qué te ha aportado a ti compartir estas experiencias?

R: Creo que es muy importante conocer la realidad de cómo se forman los profesionales en distintos países, no solo de Europa, y también dar a conocer lo que se hace aquí que en muchas ocasiones podemos comprobar que tenemos más formación y competencias de los que nosotras mismas creemos.



P: ¿Crees que esto te inspiró para fomentar a tus alumnos a formarse también fuera con rotatorios externos?

R: Las rotaciones externas pienso que son fundamentales, no solo para conocer lo que se hace en otros sitios, sino también para completar una educación integral en el conocimiento de otras culturas y pueblos, lo que en mi opinión, enriquece mucho la formación.

P: Sé que también has estado en organismos públicos a nivel autonómico andaluz, como la Dirección General de ordenación Funcional de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ¿cuál era tu cometido?

R: Fue un asesoramiento puntual sobre la Enfermería y la Matronería en un momento en el que en la Junta de Andalucía se estaba revisando, para actualizar el funcionamiento de las Escuelas de Enfermería.

P: Fuiste la Directora/ Coordinadora de la UDM de la Universidad de Granada durante todo el tiempo que estuvo en funcionamiento. ¿Puedes contarme cómo fue todo este proceso hasta su cierre en 2011? Creo que hay compañeras que no saben cómo ocurrió.

R: La UDM de la Universidad de Granada, era una Unidad mixta, Universidad y Servicio Andaluz de Salud, se

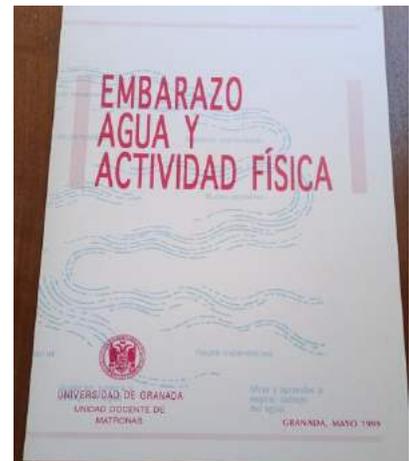
acreditó y empezó a funcionar mediante un convenio entre ambos organismos. Para su puesta en funcionamiento, la Universidad hizo una convocatoria expresa para contratar profesorado matronas para impartir las distintas materias teóricas que debían recibir los EIR, según lo especificado en el Plan de Estudios.

Todo el profesorado de la Unidad Docente, especialmente las matronas, tuvimos mucho interés en programar actividades complementarias novedosas y de actualidad, para que la formación fuera lo más amplia y completa posible, como por ejemplo, cursos sobre “Embarazo, Agua y Actividad física”, conferencias de temas de actualidad como las impartidas por el profesor Lorente de la Universidad de Granada, experto en “Violencia de Género”, etc.

También tuvimos especial interés en que nuestros residentes realizaran rotaciones externas, no solo en hospitales españoles, sino también en otros países, como Cuba, Perú, Ecuador y Marruecos, entre otros.

En la UDM se formaron 16 promociones de matronas durante el tiempo que estuvo funcionando.

La Unidad Docente de Matronas de Granada dejó de funcionar al producirse el cambio de legislación en el que aparecen las Unidades Docentes Multiprofesionales y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decidió que no hubiera Unidades de Matronas mixtas (Universidad – SAS) y que todas las Unidades Docentes pertenecieran solamente al Sistema de Salud.



P: Por cierto, ¿y qué opinión tienes de las unidades Multiprofesionales (UMP) respecto a la formación de matronas?

R: Personalmente no estoy de acuerdo con las Unidades Multiprofesionales, porque aunque se podría considerar como una optimización de recursos, habría que valorar otros aspectos muy importantes.

La relación entre profesiones muy distintas en un mismo ámbito de formación, podría alterar la orientación y filosofía profesional, en este caso de las matronas.

También habría que valorar que la especialidad de matrona es la única con Directivas Comunitarias y que el plan de estudios exige el cumplimiento de una serie de horas y la impartición de unas materias teóricas que deben recibir. El resto de Especialidades de distintos profesionales no tienen la exigencia de estos requisitos, claramente demostrados necesarios.

P: En otra de tus facetas, has pertenecido al comité de redacción de la editorial de algunas revistas como Rol de Enfermería, y como experta te pregunto, ¿Cuál crees que es el nivel de investigación y publicación de las matronas? ¿Podemos sentirnos orgullosas?

R: Considero que actualmente el nivel de investigación y publicación de las matronas en los últimos años ha mejorado muchísimo, se están leyendo muchas tesis doctorales y publicando artículos sobre investigaciones realmente interesantes y en revistas de impacto. Tenemos que sentirnos muy orgullosas por el gran esfuerzo que están realizando muchas de nuestras compañeras para conseguir sus objetivos y realizar investigaciones propias que puedan no solo aumentar nuestro cuerpo de conocimientos, sino también conseguir un mayor reconocimiento de nuestra profesión.

P: Y volviendo un poco a ti, creo que en tu faceta personal, el enriquecimiento cultural es importante ¿cuáles son tus hobbies, a qué dedicas ahora tu tiempo libre, como diría la letra de una canción?

R: Mi principal hobby son los viajes, porque me llama la atención y me interesa conocer distintas culturas. También la lectura y dentro de ella, la historia.

Así mismo, tengo una pequeña colección de objetos antiguos relacionados con nuestra profesión, la Enfermería y la Medicina que he ido adquiriendo en los distintos viajes que he realizado y que pienso donar al incipiente museo que

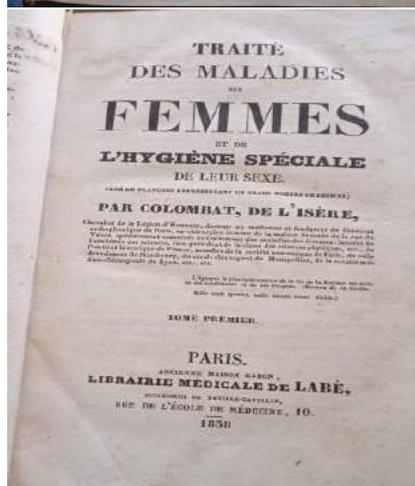
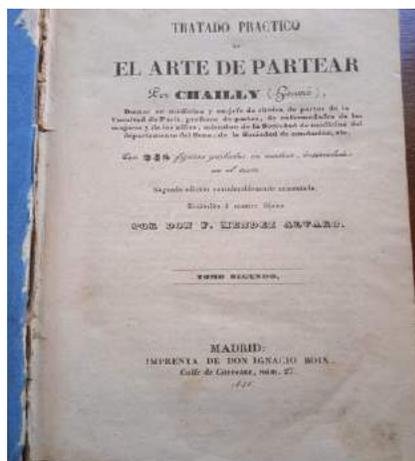
se está formando en la Facultad de Ciencias de la Salud y al de Historia de la Medicina de la Universidad de Granada. Además tengo una pequeña colección de belenes artesanales en miniatura de distintos países del mundo.

P: ¿Tienes algún proyecto entre manos? Me ha dicho un pajarito que hay algo relacionado con libros...

R: En relación con los libros, tengo algunos del siglo XVIII y XIX y la primera mitad del siglo XX, sobre la Obstetricia, el Arte de parrear y la Formación de las Matronas. Mi intención es, sobre todo los más antiguos, donarlos a la Biblioteca General de la Universidad de Granada para que se conserven adecuadamente, dada su antigüedad.



MI VIAJE EN ALEMANIA



P: M^a Carmen, se me hace corta esta entrevista pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entrevisto ¿Cómo ves el futuro de la profesión de Matrona? ¿Qué añadirías o qué quitarías? ¿Cuál crees que es nuestra situación actual?

R: El futuro lo veo con preocupación, porque al ser un colectivo no muy numeroso, en ocasiones no podemos ejercer la fuerza que necesitaríamos para avanzar en muchos sentidos, por otra parte, juega en nuestra contra los bajos índices de natalidad y el que no se nos reconozca y facilite el desarrollar nuestras competencias y funciones en los distintos ámbitos y puestos de trabajo para los que nos faculta nuestra formación, según las Directivas Comunitarias. Personalmente pienso que hay que hacer mucho más hincapié en la Formación Teórica que se imparte en las Unidades Docentes y que al menos se cumplan el número de horas de las distintas materias que se especifican en el plan de estudios. Creo que es muy importante que se amplíe el número de plazas para los EIR de matronas, lo que puede servir para que no se utilice el argumento de que algunos puestos no se cubren por falta de matronas.

Actualmente, estamos en un momento delicado por la escasez de profesionales y el poco interés que al parecer demuestran las administraciones por solucionar el déficit de matronas.

P: No sé si se me ha quedado alguna pregunta por hacerte o hay alguna aportación más que quieras hacer y como experta docente ¿Te gustaría compartir algún mensaje para las nuevas promociones o para las compañeras que actualmente siguen el camino de la docencia?

R: A las nuevas promociones les diría que la ilusión y la curiosidad son fundamentales en el camino profesional y las que se quieran dedicar a la docencia que es una carrera de fondo y de largo recorrido, pero que con constancia se consiguen todos los objetivos que nos proponemos.

Para finalizar, me gustaría hacerlo con una frase que en reiteradas ocasiones he dicho a los residentes de matrona: **“En cada nacimiento una Comadrona competente puede dar a la vida todas sus posibilidades”**

No quiero terminar sin agradecer muy especialmente a la Asociación Española de Matronas la deferencia que ha tenido de acordarse de mí para hacer esta entrevista. Gracias de todo corazón.



En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio agradecerte el tiempo que nos has dedicado y la generosidad en tus respuestas.

Sirva esta entrevista como el reconocimiento que desde la AEM venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas que forman o han formado parte de la historia de la profesión. Expresarte, personalmente, que ha sido un placer para mí compartir este rato y descubrir para otras compañeras, a matronas como tú, tan comprometidas con su profesión, y con transmitir los conocimientos a nuevas generaciones.

ATENEA Redactora AEM



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD



MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA CAM SE MOVILIZAN

Un grupo de matronas, muy motivadas, moviliza al colectivo de atención primaria por el agravio comparativo que se ha producido con el nuevo modelo retributivo con el Plan de Mejora Integral de la Atención Primaria 2022-2023 de la Comunidad de Madrid

Sus reivindicaciones:

1. Un reajuste del complemento de **productividad fija** en función de la asignación de población (TSI) digno, equiparable como mínimo al asignado al estamento de enfermería, incluyendo en TSI a los colectivos de recién nacidos, adolescentes y mujeres mayores de 80 años ajustando la retribución por tramo etario en función a su frecuentación.
2. Plazo para la ejecución de la retribución del **Complemento de productividad fija por Tarjeta Sanitaria Atendida (TSA)** adjudicado al EAP en el que se desempeñe la actividad profesional.
3. **El reconocimiento de:**
 - I. El grado de **dispersión** geográfica en base al número de consultorios atendidos (G1, G2, G3 y G4)
 - II. El complemento de **Productividad fija por ruralidad**.
 - III. El complemento de **Productividad fija por Atención Domiciliaria** (cuando se realice).
 - IV. El complemento por **Productividad variable** destinada a cubrir prolongación de jornada laboral por ausencias de matrona con imposibilidad de cobertura por suplente.



Hospital de Palamós
Serveis de Salut Integrats

OFERTA DE TRABAJO



Convocatoria Matron/a

La Fundación Hospital de Palamós - Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà, provee servicios de atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria.

La Unidad de Infancia y Mujer de Servicios de Salud Integrados del Baix Empordà, acreditada como Unidad Multiprofesional de Ginecología y Obstetricia y acreditada por el Departamento de Salut para realizar la asistencia natural al parto normal.

SE OFRECE:

Contratación laboral a jornada completa (1620 h/ anuales) y en turno variable (corretornos), con incorporación inmediata. Programa activo de formación continuada y reciclaje.

SE VALORARÁ:

- Experiencia en la Sala de Partos y en el ASSIR.
- Experiencia en asistencia natural en el parto normal.

CANDIDATOS/AS INTERESADOS/AS:

Para más información, llamar al teléfono 972 60.92.39 y pedir por la Sra. Dolors Margarit, o enviar e-mail a:

recursoshumans@ssibe.cat,



ENCUESTA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERCIBIDA Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS MATRONAS, EN UN CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA.

La encuesta que se presenta a continuación, forma parte del proyecto de investigación titulado: Estudio de la calidad de vida profesional y la percepción de la violencia obstétrica en las matronas, en el contexto de una emergencia sanitaria. La investigadora principal del proyecto es Yolanda Herraiz Soler, profesora del Departamento de Enfermería de la UV. Ante cualquier duda sobre tu participación, puedes ponerte en contacto mediante el e-mail: yolanda.herraiz@uv.es

Tu participación en el estudio es anónima y voluntaria. Con la cumplimentación del siguiente cuestionario, aceptas tu participación y la utilización de los resultados, siempre y cuando se mantenga el anonimato y confidencialidad de los mismos. En ningún momento, el equipo investigador conocerá la identidad de la persona que ha respondido.

La información será mantenida con absoluta confidencialidad. El equipo investigador se compromete a cumplir estrictamente la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, garantizando a la persona participante los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universitat de València.

El código de aprobación del proyecto es el nº: 1888453. La participación en la encuesta te llevará unos 15 minutos.

Por favor, rellena tu código personal que solo tú conocerás. Es FUNDAMENTAL para futuras encuestas. Utiliza siempre el mismo código que, en ningún caso, permitirá identificarte.

Agradecemos mucho tu participación.

LINK ENCUESTA: <https://encuestas.uv.es/index.php/662458?lang=es>

V CONGRESO



CROG

9/10/11
MARZO
2022
VALENCIA

CONTROVERSIAS
EN REPRODUCCIÓN
OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA

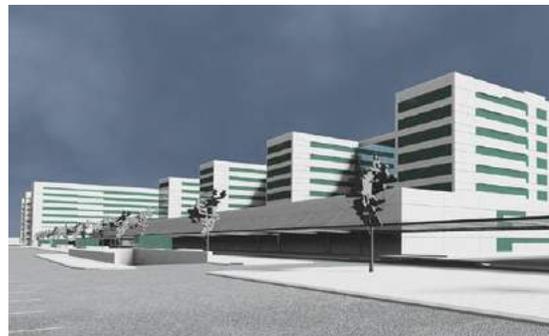
Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia

<http://www.crog.es/crog2022/informacion.html>
<http://www.crog.es/crog2022/programa.html>
<http://www.crog.es/crog2022/inscripciones.html>

Info
MATRONAS

SEDE:

Hospital Universitari i polítècnic La Fe
Salón de Actos - Edificio de Docencia
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Avinguda de Fernando Abril Martorell, nº 106.
46026 Valencia



AUSPICIOS



www.aesmatronas.com



www.matronas-cv.org



S O G C V



ENCUESTA:

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CONTEXTO ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO “PERCEPTIONS OF EMPOWERMENT IN MIDWIFERY SCALE (PEMS)”

Somos Isabel Hernández y Alba Moreno, residentes de matrona de la Unidad Docente del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, y estamos realizando el trabajo de final de residencia cuyo objetivo principal es la adaptación al contexto español y evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario PEMS-E (Perception of Empowerment in Midwifery Scale).

Este cuestionario está diseñado para medir la percepción del nivel de empoderamiento que tienen las matronas en el desempeño de su actividad asistencial. Para ello es necesario obtener una muestra mínima de matronas que cumplimenten el cuestionario, por lo que es muy importante tu colaboración.

Si eres matrona titulada (no residente), tienes más de un año de experiencia profesional (aunque no sea de manera continua) y realizas asistencia directa a mujeres durante el embarazo, parto y/o puerperio puedes participar en este estudio.

El cuestionario consta de dos partes; en la primera se recogen algunos datos sociodemográficos y en la segunda está recogida la versión española del cuestionario (PEMS-E). Este estudio ha pasado el comité ético de investigación clínica (C.E.I.M. Provincial Las Palmas nº de registro: 2021-492-1). La participación es completamente voluntaria y anónima y al realizar la cumplimentación del mismo se entiende que aceptas tu inclusión en este estudio.

¡Muchas gracias de antemano por tu colaboración!

LINK ENCUESTA:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfrwSXY7FeCBCwJNWvbPAbHOJRNHaL_9OCXKR0X-JHaUJK-zw/viewform,

WEBINAR “HABLEMOS DE CÁNCER Y FUTURO”



Queríamos compartirlos el próximo webinar gratuito que realizamos “HABLEMOS DE CÁNCER Y FUTURO. ¿Hacia dónde vamos?”, que tendrá lugar el jueves 10 de marzo a las 17h, por si fuera de vuestro interés o deseáis compartirlo con aquellos contactos que estiméis oportunos. El propósito de esta sesión online es ofrecer información sobre el escenario que se va perfilando en el futuro de esta enfermedad. Charlaremos sobre las expectativas de las líneas de investigación, si el día de mañana podremos hablar de curación o de cronificación, si contaremos con mecanismos de predicción de la enfermedad antes de que aparezca, o sobre el papel que va a jugar la inteligencia artificial y el big data, entre otros temas.

Lo haremos de la mano de las siguientes personas a quienes agradecemos su colaboración altruista:

Anna Bigas. Doctora en Biología Celular. *Directora Científica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONC). Jefa del grupo de células madre y cáncer en el Instituto de Investigación Médica del Hospital del Mar (IMIM)*

Miguel Ángel Quintela. Oncólogo médico. *Jefe de la Unidad de Investigación Clínica de Cáncer de Mama del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)*

Alfonso Valencia. Biólogo. *Director del Departamento de Ciencias de la Vida del Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS). Director del Instituto Nacional de Bioinformática (INB-ISCI) e investigador y profesor en la Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats (ICREA)*

Tenéis toda la información al respecto, así como el formulario de inscripción, en el siguiente enlace:

https://fundacionmasqueideas.org/portfolio/hablemos_de_cancer_2/

Equipo Fundación MÁS QUE IDEAS #SumandoEnSalud

lasideasde@fundacionmasqueideas.org

www.fundacionmasqueideas.org

Nº 1670 PODER JUDICIAL – SENTENCIA LINE MATERNIDAD-PATERNIDAD. 01 FEBRERO 2022

UN JUZGADO CONCEDE 32 SEMANAS DE BAJA MATERNAL A UNA ENFERMERA POR SER FAMILIA MONOPARENTAL.

La sentencia hace prevalecer el derecho a la protección del menor concediendo 16 semanas de baja adicionales al único progenitor que le cuida.



ALUMENTO PROGRESIVO DEL PERMISO DE PATERNIDAD

AÑO	SEMANAS
Actualmente	16 semanas
Actualmente	5 semanas
2019	8 semanas
2020	12 semanas
2021	16 semanas

Equipar el permiso de paternidad



MÁS INFORMACIÓN

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

UN JUZGADO CONCEDE 32 SEMANAS DE BAJA MATERNAL A UNA ENFERMERA POR SER FAMILIA MONOPARENTAL.

La sentencia hace prevalecer el derecho a la protección del menor concediendo 16 semanas de baja adicionales al único progenitor que le cuida.

Una enfermera Andaluza ha conseguido en el Juzgado de lo Social nº 3 de Huelva, el derecho a sumar los permisos de maternidad y paternidad, al hacer prevalecer la protección del menor, cuyos derechos no deben ser mermados por formar parte de un tipo de familia concreta. De éste modo, se le ha reconocido la suma de las 16 semanas de permiso por nacimiento que corresponden al otro progenitor, al constituir ella una familia monoparental, alcanzando así las 32 semanas de permiso por nacimiento.

Recordemos que desde el pasado 1 de enero de 2021, el permiso por nacimiento en España contempla un total de 16 semanas de descanso para ambos progenitores. Se trata de un tiempo intransferible entre los padres, lo que dejaría en desventaja a las familias monoparentales. Esto no ha cambiado, pero podría cambiar si la sentencia del juzgado de Huelva crea jurisprudencia.

El juez ha valorado la especial consideración al interés del menor, y ha tenido en cuenta que la normativa establece el límite temporal para el disfrute del permiso "hasta que el hijo o la hija cumpla 12 meses" y que "de no hacerse, podría quedar vacía de contenido efectivo una eventual sentencia estimatoria de la pretensión contenida en la demanda si se tiene en cuenta que la fecha para el acto del juicio oral está señalada para el día 13 de julio de 2022".

SIMAES valora positivamente esta sentencia que, aunque aún no es firme, podría sentar precedentes en otros ámbitos y debería ser tenida en cuenta para el reconocimiento de este derecho sin tener que recurrir a los juzgados.



**SIMAES Y LA ASOCIACION DE
MATRONAS DE MADRID
FIRMAN UN CONVENIO DE
COLABORACIÓN PARA
ACTIVIDADES DE INTERÉS
COMÚN PARA LA PROFESIÓN
DE MATRONA.**

Nº 1676 C. DE MADRID – FIRMA CONVENIO COLABORACION SIMAES-AMM 21 FEBRERO 2022

SIMAES Y LA ASOCIACION DE MATRONAS DE MADRID FIRMAN UN CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA ACTIVIDADES DE INTERÉS COMÚN PARA LA PROFESIÓN DE MATRONA.

Se firmó el sábado en Zaragoza por la Secretaria General de SIMAES y la Presidenta de AMM y todas las asociadas de AMM disfrutaron ya de un descuento del 15% en su cuota de afiliación.

Se informa que entra en vigor el **CONVENIO DE COLABORACIÓN EN ACTIVIDADES DE INTERÉS COMÚN PARA LA PROFESIÓN DE MATRONA,** entre

MÁS INFORMACIÓN

Sindicato de Matronas Españolas <http://simaes.org/>

Info
MATRONAS

Se firmó el sábado en Zaragoza por la Secretaria General de SIMAES y la Presidenta de AMM y todas las asociadas de AMM disfrutaron ya de un descuento del 15% en su cuota de afiliación.

La Secretaria General de SIMAES, Dña. Isabel Manzano, y la Presidenta de la Asociación Madrileña de Matronas, Dña. Cristina González Hernández, firmaron el sábado, 19 de Febrero, un Acuerdo de Colaboración para llevar a cabo actividades de interés común de ambas organizaciones relacionado con la profesión de Matrona.

Con su entrada en vigor, todas las asociadas a AMM tendrán un descuento del 15% en su cuota de afiliación. Este acuerdo supondrá, entre otras cuestiones, que ambas organizaciones publicitaran en sus medios digitales y redes sociales, todas las actividades que programe cualquiera de ellas.

SIMAES firma este acuerdo con el objetivo de promover el asociacionismo entre las Matronas y la visibilización de las actividades que se llevan a cabo para defender los intereses profesionales de las Matronas y su desarrollo profesional.

Se informa que entra en vigor el **CONVENIO DE COLABORACIÓN EN ACTIVIDADES DE INTERÉS COMÚN PARA LA PROFESIÓN DE MATRONA,** entre



Y



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?

INVITACIÓN

Infomatronas es el único boletín mensual gratuito “de y para” todo el colectivo de matronas/es



¿Cuales son tus reivindicaciones?

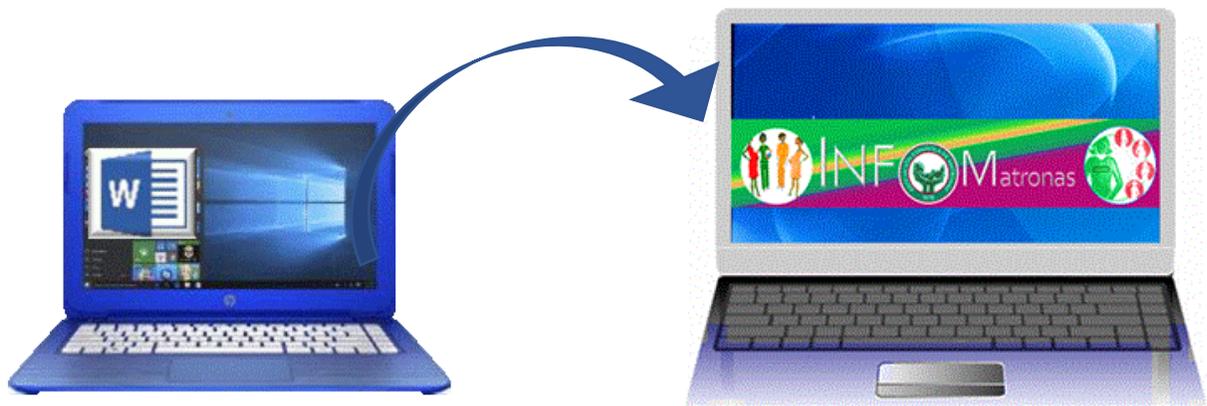
¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

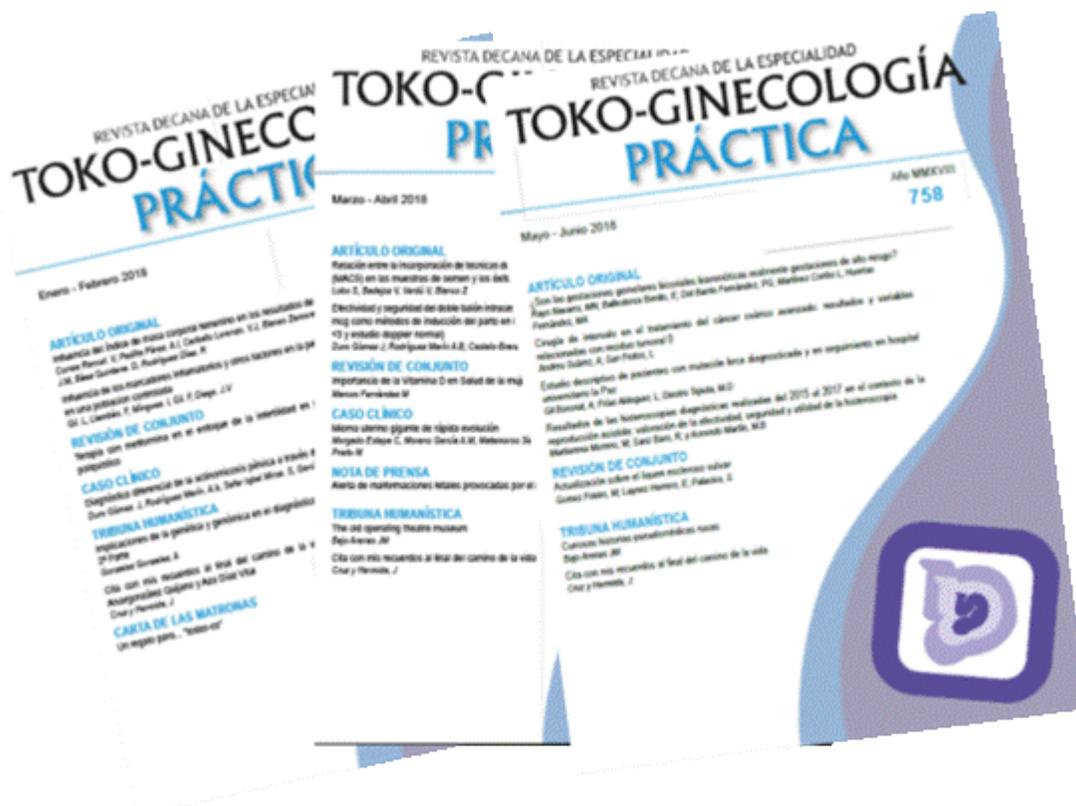
Si eres muy tímida/o, puedes crear tu seudónimo.
Textos en Word. Extensión máxima hasta 1500 palabras

infomatronas@gmail.com



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?

Info
MATRONAS



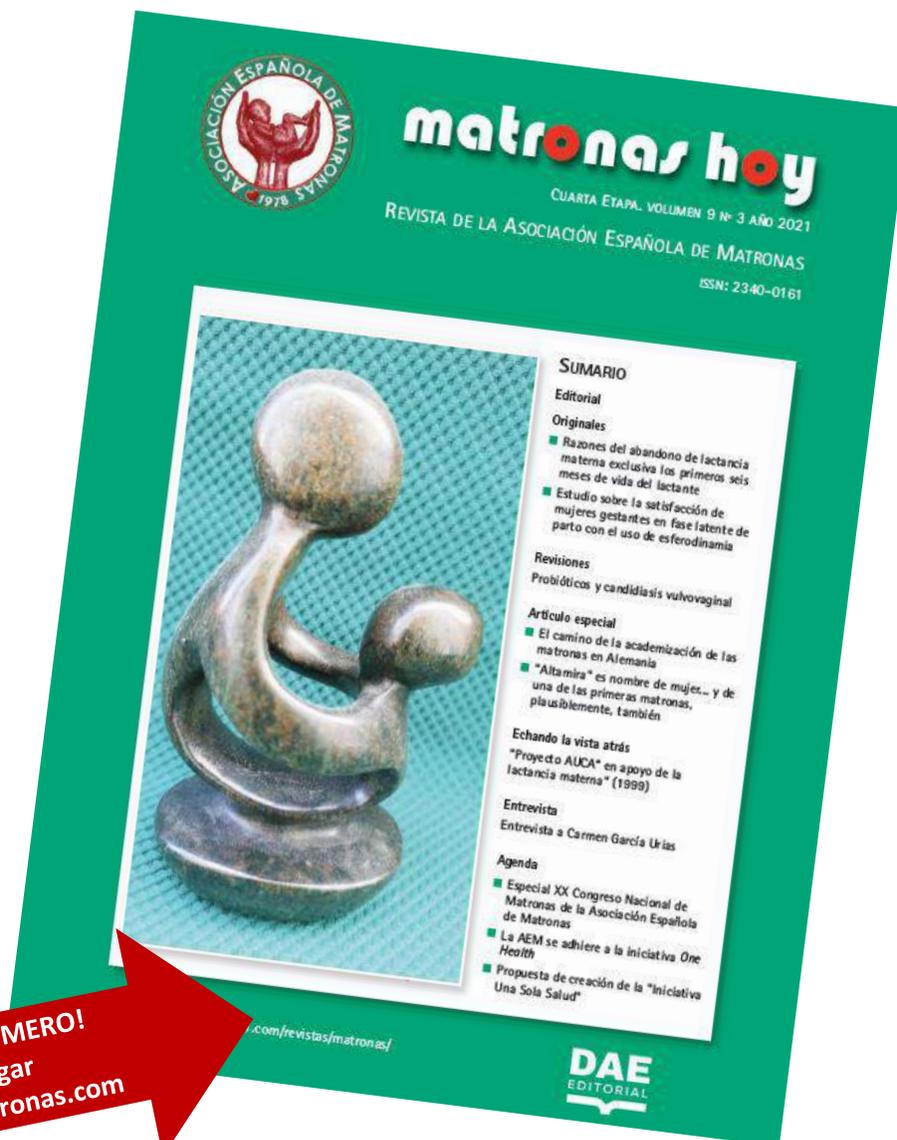
Desde enero de 2018 la Asociación Española de Matronas suscribió un acuerdo con los editores de la revista TOKOGINECOLOGIA PRÁCTICA por el cual todas las matronas españolas pueden suscribirse gratuitamente, a través de INFOMATRONAS y también la posibilidad de publicar artículos en la misma. Para recibir los 6 números que se editan anualmente solo hay que solicitarla en:

infomatronas@gmail.com

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

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario. En la página web de la Asociación española de matronas (www.aesmatronas.com) se encuentra el archivo histórico de esta revista, 1ª Etapa (1983-1986), 2ª Etapa, (1992-2001) al que se van añadiendo las de la actual 3ª Etapa iniciada en 2013.

“**Todo lo que no se publica no existe**”, por eso os animamos a hacerlo desde esta revista de matronas-es, abierta a toda la profesión.



¡ULTIMO NÚMERO!
Descargar
www.aesmatronas.com

JORNADA PROFESIONAL PATERNIDAD CORRESPONSABLE Y CUIDADORA



CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN GRUPAL CON PADRES EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y COMUNITARIO

16 Y 17 DE MARZO DE 2022, DE 9 A 14:30 H.

Salón de Actos de Alcalá Desarrollo. C/ Victoria, 10. Alcalá de Henares

Intercambio de experiencias y metodologías de trabajo grupal para el acompañamiento a la madre en el embarazo, parto y lactancia y para la promoción de la paternidad corresponsable y cuidadora. Se expondrán iniciativas de profesionales con diversos perfiles y desde contextos como sanidad, igualdad, educación o familia. Se incidirá especialmente en la presentación de contenidos, metodología y actividades con exposición práctica de dinámicas.

PROGRAMA MIÉRCOLES DÍA 16

Experiencias en el ámbito sanitario de salud sexual y reproductiva.

9:00h. Presentación. Patricia Sánchez González, Concejala de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares

9:15h. Ponencia. "En qué y a quién beneficia que los hombres se comprometan en el acompañamiento a la gestación y se corresponsabilicen de la crianza". **Santiago Moreno Larriba.** Psicólogo. Concejala de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

9:30h. "Propuestas prácticas para trabajar la paternidad en la Preparación al nacimiento y la crianza". Sesiones de paternidad en grupo mixto de preparación al nacimiento y la crianza.

Raquel Ortega Pineda. Matrona.

11:00h. Descanso

11:30h. "Solo para hombres". Sesiones sobre paternidad en grupo no mixto como parte del taller de preparación al nacimiento y la crianza.

Esperanza Agraz Patiño. Matrona.

13 a 14 h. "Taller de paternidad corresponsable". Taller en grupo no mixto para el acompañamiento al embarazo, parto y lactancia. Concejala de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Santiago Moreno Larriba.

13 a 14:30h. Coloquio

PROGRAMA JUEVES DÍA 17

Experiencias en ámbitos sociocomunitarios y de igualdad.

9:00 h. Presentación

9:15 h. "Grupo de padres cuidadores". Concejala de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Santiago Moreno.

10:00h. "Espacio de crianza para hombres". Experiencia de ocio y aprendizaje compartidos con padres e hijas/os, en uno de los Espacios de Igualdad del Ayuntamiento de Madrid. David Kaplún. AHIGE

11:00 h. Descanso

11:30h. "El viaje de ser padre". Talleres de paternidad dinamizados en centros de promoción de la igualdad.

Raúl Rodríguez. Terapeuta y facilitador de grupos.

12:30h. "Grupo de padres" y "Talleres de acompañamiento emocional para padres" en los Ayuntamientos de Rivas y de Torrejón de Ardoz.

Joan Soler. Psicólogo

13:30 a 14:30 h. Coloquio y Clausura de las Jornadas

Inscripción:

<https://inscripciones.ayto-alcaladehenares.es/paternidad-corresponsable-y-cuidadora-jornada-profesional/>



BAJO EL TITULAR “GOLPE BAJO A LAS MATRONAS EN GALICIA Y, POR EXTENSIÓN, A TODO EL COLECTIVO”, PUBLICABAMOS EN INFOENERO UNA MALA NOTICIA.

La calificación de “golpe bajo” era totalmente merecida ya que la Conselleria Gallega de Salud había publicado un documento sobre Cartera de Servicios donde enfermería, claramente, invadía competencias de las matronas en los programas de salud de la mujer y familia.

De inmediato se produjeron distintos comunicados a la Conselleria, desde la Asociación Gallega de Matronas, la Asociación Española de Matronas, otras asociaciones y particulares, en protesta por este hecho.

Hoy, a 16 de febrero os comunicamos que la buena noticia es que han aprobado el documento de Cartera de Servicios-Matronas elaborado por un grupo de trabajo de matronas con representación de la Asociación Gallega y coordinado por M^ª Dolores Martínez Romero. Matrona. Técnica do Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

El contenido del documento recoge todas las intervenciones de la matrona en programas de salud de la mujer:

- Atención a los jóvenes
- Consejo reproductivo y contracepción
- Atención preconcepcional
- Consulta prenatal
- Educación maternal prenatal y de preparación al parto
- Consulta de puerperio
- Educación maternal posnatal y de recuperación posparto
- Prevención y detección precoz de cáncer de cérvix
- Prevención de cáncer de mama
- Cribado poblacional de cáncer de colon
- Infecciones de transmisión sexual
- Asesoramiento y Atención a la salud afectiva y sexual de las mujeres
- Atención patología ginecológica
- Prevención, detección y manejo de las disfunciones de la musculatura del suelo pélvico femenino
- Prevención, detección precoz y atención a las mujeres en situación de violencia de género
- Educación sanitaria a la comunidad en relación con la salud sexual y reproductiva de la mujer
- Asesoramiento e información en el caso de interrupción voluntaria del embarazo
- Atención en el caso de muerte gestacional o perinatal
- Protección y atención a los problemas de salud de la mujer en el climaterio y menopausia
- Formación, docencia, investigación y gestión

Esta es la mejor noticia que puede recibir el colectivo en tiempos tan complicados.



APMEX
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS EXTREMEÑAS

Info
MATRONAS

MATRONA
AYER, HOY Y SIEMPRE
UNA PROFESIÓN ANCESTRAL
CÁCERES 19, 20, 21 DE MAYO 2022
II Congreso-APMEX-
- XXFAME-
FAME
Federación de Asociaciones de Matronas de España
APMEX



XI CONGRESO NACIONAL DE
**LACTANCIA
MATERNA**
31 de Marzo al 2 de Abril de 2022

Lactancia Materna: Salud y Sostenibilidad

Info
MATRONAS



iHAN

Iniciativa para la humanización de la
asistencia al nacimiento y la lactancia.

TODA LA INFORMACIÓN:

<https://www.congresoihanpamplona2022.com/>



**DISPONEMOS DE 100 BECAS PARA MATRONAS
DEL 75% DE PRECIO DE LA INSCRIPCIÓN**

Solicitar en:

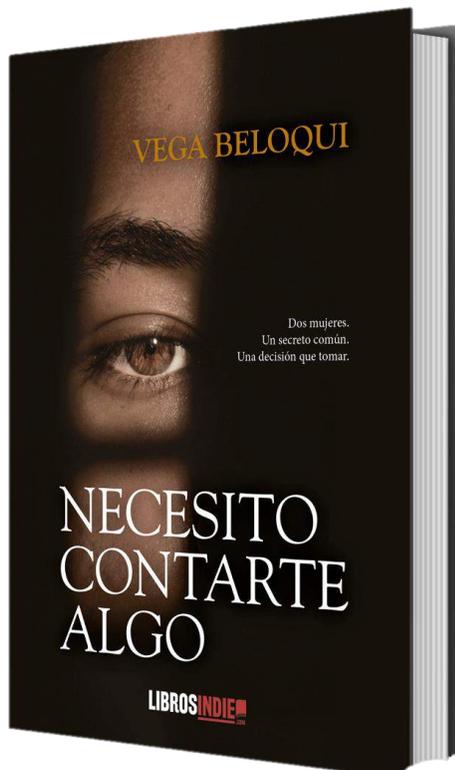
matronas@asociacion-nacional.com

INDICAR EN ASUNTO: BECAS SAMEM

**PRIORIDAD ABSOLUTA PARA LOS SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
Y ASOCIACIONES VINCULADAS**

INSCRIPCIONES:

<https://www.samem.es/inscripciones-2022>



NECESITO CONTARTE ALGO

Novela contemporánea con elementos de romance y un toque de suspense.

Autora: Vega Beloqui

Volumen 340 paginas, tapa blanda

ISBN 9788419022646

Editorial: LIBROS INDI

De venta a través de las páginas web de Fnac, Amazon y La Casa del Libro aunque tardará unas semanas en estar disponible.

Próximamente, disponible también en:

www.fnac.es,

www.amazon.es,

www.casadellibro.es,

La temática recuerda a autores como la irlandesa Sally Rooney en su recién estrenada novela "Dónde estás, mundo bello", en la que muestra su interés por las relaciones románticas y asuntos sociales que afectan a dos mujeres treintañeras. También a Elizabet Benavent en su novela "Toda la verdad de mis mentiras", en la que pone de manifiesto a dónde puede llevarnos ocultar la verdad. La prosa de "Necesito contarte algo", fresca y sencilla, recuerda de nuevo a esta última autora y a otras como Marian Keyes en cualquiera de sus innumerables novelas.

"Necesito contarte" algo tiene una extensión de casi 68.000 palabras y está lista para su publicación.

La novela narra la vida de dos mujeres que tienen en común más de lo que pueda parecer a primera vista. Leire tiene cuarenta años y es profesora de inglés de secundaria y bachillerato. Celia es estudiante de 2º de bachillerato y va a la clase de Leire.

Lo que las une es que ambas contraen la infección de transmisión sexual del VPH (virus del papiloma humano). Lo que las separa es la forma que tienen de enfrentarse a las cosas.

Celia intenta compartirlas con los demás, pues es valiente y está más segura de sí misma. Leire, sin embargo, las oculta, porque cuando una primera mentira echa a rodar, no sabe cómo pararla y piensa que ya nadie la creará. Además, su sentido de la responsabilidad no la permite dejar que nadie cargue con sus problemas.

Celia contrajo el VPH porque su primera pareja sexual, Jean Marc, le mintió al decirle que él también era virgen. A lo largo de la novela Celia pasará de un sentimiento de culpa a armarse de valor y tomar la decisión de enfrentarse al francés. Leire no está segura de cuándo se contagió. Es parte de lo que convierte a este virus en algo tan peligroso y dañino para las relaciones de pareja; puede llevar latente muchos años y dar la cara cuando estás con una nueva pareja, o puede contagiártelo tu pareja y que él o ella lo haya eliminado de su organismo de manera natural y sin dejar ningún rastro. Sin embargo, ella cree que la infección es fruto de una violación que sufrió estando ya casada. La noche que todo ocurrió, su marido estaba fuera de la ciudad por trabajo y, cuando Leire por fin pudo llegar a su casa, recibió la



llamada de su madre diciendo que su padre, enfermo desde hacía años, había fallecido. Su mente bloqueó lo ocurrido cuando tuvo que centrarse en su madre y en todos los preparativos y papeleos que una muerte conlleva. Cuando meses más tarde, en una revisión ginecológica, la doctora les informa de la infección, la desconfianza empieza a sobrevolar su relación con Ángel, todo se desmorona y terminan separándose.

Capítulo a capítulo, la novela va desgranando los sentimientos de estas dos mujeres hasta hacerte sentir su dolor, su culpa, su vergüenza... Son dos mujeres fuertes que se enfrentarán a sus demonios y lucharán por rehacer sus vidas. Celia encontrará apoyo en un compañero de clase, Germán, con el que descubrirá que no todos los chicos mienten y que es digna de ser amada de nuevo. Ángel volverá a la vida de Leire, pues nunca ha podido olvidarla a pesar de creer que ella le había sido infiel.

El camino no será fácil para ninguna de las dos, pero al menos se atreverán a soñar con un final feliz. Aparte del VPH y la violación no denunciada, la novela introduce otros temas muy duros que, a veces, se plantean en el entorno de la comunidad educativa. Así, Berta, una alumna del centro con problemas de comportamiento, parece sufrir malos tratos, aunque al final todo lo ocurrido tiene otra explicación. También hay un alumno, Jaime, que tiene que asumir las funciones de los padres porque sus progenitores no son capaces de superar una ruptura. Existe un paralelismo entre la relación de Jaime con su madre y la de Leire con la suya. También nuestra protagonista asumió en un momento dado el papel protector que, en principio, debería corresponder a su madre.

Esta novela hará las delicias de aquel lector que aprecie una historia original bien contada. Quienes gusten del romance, también lo encontrarán entre estas páginas. Por último, el suspense de su trama principal y secundaria captará la atención de los aficionados a ese género.

El hecho de que una de las protagonistas tenga solo diecisiete años y que parte de la historia se desarrolle en un centro escolar hace que, aunque el público objetivo sea, principalmente, el de mujeres de entre veinticinco y sesenta y cinco años, chicas jóvenes de a partir de quince años puedan también disfrutar mucho con esta lectura.

Esta novela lanza un mensaje claro sobre la importancia de realizarse las revisiones ginecológicas

pertinentes, pues es el mejor camino para conseguir erradicar el cáncer cervicouterino, que es 100% prevenible y 100% tratable. Es claramente un tema que atañe a todas las mujeres.

No podemos olvidarnos del colectivo LGTBI, que también sufre muchos contagios por VPH. Aunque los protagonistas de la novela son heterosexuales, en una sesión del grupo de apoyo a víctimas del virus aparece un personaje que relata la historia sobre cómo contrajo el virus en sus relaciones homosexuales.

En la actualidad, existe una Plan Mundial para erradicar el cáncer de cuello de útero: se trata de la Estrategia 90-70-90 lanzada por la Organización Mundial de la Salud. Sus tres objetivos son:

Que el 90% de las adolescentes estén vacunadas contra el VPH. En España esto ya está en marcha, pero en otros países de Latinoamérica, Asia y África no es así.

Que el 70% de las mujeres de treinta y cinco años se realicen un estudio para detectar lesiones de VPH y que lo repitan, nuevamente, a los cuarenta y cinco.

Que el 90% de las mujeres diagnosticadas con este tipo de cáncer reciban tratamiento.

Necesito contarte algo puede ser de gran ayuda para difundir este mensaje y concienciar a toda la población sobre el VPH, no solo en mi país, España, sino en todo el mundo.

La novela incluye personajes con una evolución personal muy importante, una sucesión de hechos que confluyen en el tiempo determinando que el crimen no se denuncie y quede, por lo tanto, sin resolver. Incluye temas tan candentes como los malos tratos. Hay mentiras, hay medias verdades, amor, traición, pasión... En definitiva, todo lo que convierte una película en un gran éxito de audiencia.

Conclusión

Necesito contarte algo es una novela que llegará al corazón del lector y le hará reflexionar. Quien la lea se planteará de nuevo sus relaciones de familia y de pareja. Aprenderá a analizar las consecuencias que traerán tanto sus mentiras, como sus medias verdades. Valorará más a sus amigos y aprenderá a confiar en ellos. Se dejará ayudar.

Es una novela dura, pero esperanzadora. Cruda, pero llena de emoción.

Una novela que nadie debe perderse.

B



BIOGRAFÍAS DE LAS CÉLEBRES MATRONAS DE A. DELACOIX (1834)

BAIRSIN, BALANCHON, BEREUNDE, BETTE, BIDART, BIHERON, BLACKWELL, BOIDIN, BOIVIN.....

BOUCHER (MARGARITE), célebre matrona de París, nacida en el mismo lugar en 1652, muerta en 1725. Las memorias del tiempo no la llaman más que la Boucher, y muchos dicen que ninguna matrona de entonces poseyó o fue más digna de poseer los secretos de las grandes damas que componían la corte de Ana de Austria y la de Luis XIV. Madame Boucher fue llamada cerca de madame La Vallière para darle cuidados durante su segundo embarazo y la asistió en varios de sus partos, no en el primero que fue confiado, para que el acontecimiento quedara en secreto, al cirujano Clement, lo que de nada sirvió sin embargo-dijeron algunos críticos, pues no habían pasado 24 horas de la fecha del acontecimiento y la corte y la villa ya lo sabían.

BOURGEOIS (LOUISE llamada BOURSIER)

maestra matrona jurada de la villa de París, matrona de María de Médicis, segunda mujer de Enrique IV; nacida en París en 1580, de padres honestos y acomodados. Habiendo recibido una mejor educación que la que recibían las jóvenes de la burguesía de entonces, Louise Boursier fue pretendida por un cirujano del ejército que la desposó. Después de los reveses de fortuna causados por las disensiones políticas y las guerras civiles que precedieron el advenimiento de Enrique IV al trono de Francia, y ya avanzada en edad, Louise Bourgeois se decidió a aprender el arte de matrona, menos por vocación que por los consejos de una matrona que le dijo: *“Que si ella tuviera su letra y escribiera como ella, habría hecho maravillas”*.

Louis Bourgeois venció todo el desagrado que le había provocado la idea de llevar los niños al bautismo -como ella confesó, y se resignó en favor de su familia, así que ella contaba:

“Me encontré embarcada en una familia, cargada de niños, abrumada de guerra y pérdida de bienes, la sabia Fainarate, madre del gran filósofo Sócrates, tomó piedad de mí, me animó y aconsejó abrazar las ciencias, imaginando que todas las cosas concurrieron bien para mí, la creí; también que a causa de ella, pues yo seré su hija adoptiva, todos los discípulos de su hijo Sócrates me serán favorables; que mi marido que ejerce las obras manuales de cirugía me guiará”. Su marido le había dado las primera nociones de anatomía, luego ella fue a estudiar con Paré y llegó pronto a ser, tan competente como la mayor parte de las matronas y parteros de entonces. De la gente humilde a las demás, ella consiguió en poco tiempo ser empleada frecuentemente y practicó durante cinco años antes de ser aprobada como jurada. El mérito incita siempre celos y no fue sin dificultades que ella obtuvo sus grados. El jurado de recepción se componía de un médico, dos cirujanos y dos matronas. Para demostrar que en todos los tiempos los celos y la envidia fueron propiedad de una profesión que debería ser toda caridad cristiana y humanidad, permitamos hablar a Louis Bourgeois de todas las tribulaciones que le fueron causadas por los examinadores. “Las dos matronas eran la dama Dupuis y la dama Peronne; ellas me dieron día para ir a su encuentro, me interrogaron de qué vocación era mi marido, sabido que, ellas no deseaban admitirme, al menos madame Dupuis, que decía a la otra: “Por Dios, compañera mía, el corazón no me dice nada bueno para nosotras, ya que es mujer de un cirujano, se entiende con estos médicos como los carteristas en la feria. No nos hace falta recordar que las mujeres de artesanos no entienden nada de nuestros asuntos. Ella me decía (la dama Dupuis) que mi marido me debía

B



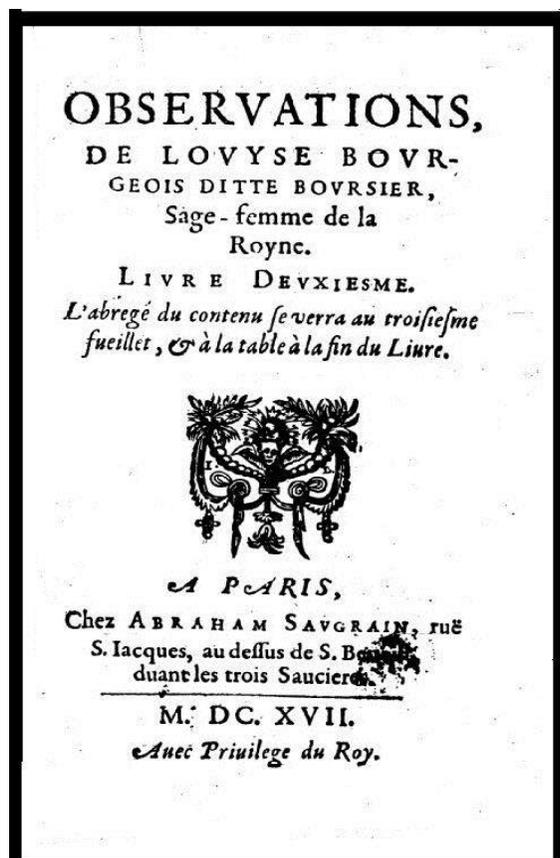
alimentar sin hacer nada". Después de su recepción, Louise Bourgeois continuó su práctica y sucesivamente pasó de clases inferiores a la burguesía, llegaría justo a las princesas, y fue escogida por la misma reina para asistirle en sus primeros partos y la ayudó en menos de nueve años, a dar a luz a seis hijos. No fue sin pena que ella tendría el honor de asistir a la reina, puesto que ya la dama Dupuis había sido escogida y aceptada por el rey para reemplazar sus altas funciones. Fue a madame Conchini, desde entonces la infortunada mariscala de Ancre, quien Louise debió este favor. Todo prueba en efecto que era digna de cumplir las nobles funciones que le fueron confiadas, pues ella mostró, en el nacimiento del Delfín, tanta firmeza, presencia de espíritu y carácter como habilidad. Lamentamos no poder aportar aquí todas las circunstancias de este acontecimiento que ella dio a conocer en la segunda parte de su obra, que tiene por título: *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, fécondité, accouchement, et maladies des femmes et enfans nouveau-nés.*

La obra de Louise Bourgeois, de la cual hay varias ediciones, habla de diversos tipos de partos terminados según la manera en que el feto se presenta. Lo que dice sobre abortos espontáneos prueba una gran sagacidad; los signos del embarazo son expuestos con mucha precisión; por último, esta obra está escrita con una franqueza y una ingenuidad que no permiten dudar que la autora hubiera puesto en ésta todo lo que se podía saber en su tiempo.

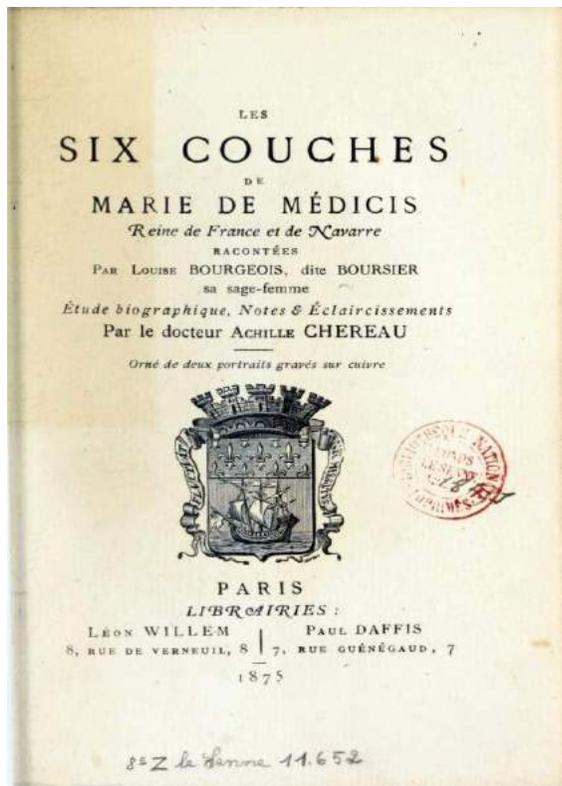
La más grande obligación que tendría el arte de los partos para Louis Bourgeois, era haber enseñado a remediar las hemorragias que suceden al final del embarazo y que son causadas por el despegamiento de algunos puntos de la placenta. Es a ella a quien se debe este descubrimiento. Es asombroso que la multitud de escritores que han aparecido desde Bourgeois no le hayan hecho honor en absoluto por este descubrimiento. Parece sin embargo que lo que dijo a este respecto valía bien la pena que se hablara. "Cuando una mujer, dijo ella, cap. V, tiene una pérdida de sangre desmesurada en su embarazo por la que se desmaya, es preciso hacer la extracción del niño con las manos. Eso fue hecho a la mujer de un consejero de la corte del parlamento, que estaba embarazada de seis meses. Su hijo vivió dos días. Ella ha tenido otros hijos desde entonces; los médicos reconocieron que si lo hubieran diferido una hora, la madre y el feto estarían muertos; yo, sabiendo que el flujo de sangre es mantenido solo por el embarazo, habiéndolo visto parar tan pronto como la mujer ha parido, puse esta práctica en marcha, la que he conocido demasiado tarde, a mi entender, para la conservación de madame De Aubray, madame duquesa de Montbazon etc."

Louise Bourgeois no poseía solamente todos los conocimientos que se debía exigir a las personas que ejercían el arte de los partos, sino que además la literatura no le era desconocida. Sin ser poeta, ella ha insertado en la entrada de su libro algunas fragmentos de versos de género marotique, que se leen con placer, lo mismo que todo su libro. Nada más conmovedor, más moral que la instrucción a su hija, que se destinaba también a la profesión de matrona.

Nos basta con traer aquí algunos de los preceptos que cierran esta instrucción verdaderamente curiosa bajo el informe de los principios y de la dicción:



B



indignas del nuestro; eso no disminuye el saber ni el honor de las que lo merecen. Ocurre que a las que les reconocen por dinero, son como los hosteleros de pueblo que atan asnos y malvados con buenos caballos..... No os sorprendáis jamás de nada si alguna cosa no va bien, pues el miedo enturbia los sentidos".

Esta instrucción de Louis Bourgeois a su hija es un sistema de conducta dictado por un espíritu bien superior al vulgar. Es una tabla fiel de su profesión que prueba evidentemente que respecto a la moral practica, en el siglo XVI, el mundo estaba como hoy. A parte de algunas formulas bizarras y el cuento de la oca y el perro, el libro de Louise Bourgeois es instructivo, lleno de interés y una obra de buena fe.

La dignidad con la que esta mujer célebre ejerce su profesión, su saber y su habilidad, le hacen merecer todo lo que la sociedad concede a las personas superiores. En términos de reconocimiento, para darle una marca de su confianza y su estima, la reina María de Médicis la condecora con capucha de terciopelo. Es la primera matrona que obtiene esta insignia honorífica; pues las dos matronas de Catherina de Médicis no habían llevado más que el alzacuello de terciopelo y la cadena de oro. Al nacimiento de su sexto hijo, Enrique IV otorgó una pensión de trescientos escudos a Louis Bourgeois y dotó de un cargo a cada uno de sus dos hijos.

Info
MATRONAS

"Yo os diría pues que toda persona de juicio no debe ignorar lo que es bueno.... Yo os exhorto, a fin de que sigáis mis preceptos, que ustedes son hijos de familia....., que el cuerpo entero de la medicina está en nuestra casa..... Aprended hasta el último día de vuestra vida, y para hacerlo fácilmente, es preciso una gran humildad, pues las personas orgullosas no ganan el corazón de los que saben los secretos.... Yo os diría que eso que habéis emprendido es de maravillosa importancia, y que en este Arte hay dos caminos a ocupar, el uno para salvarse y el otro para condenarse. Las que han hecho el mal y las que buscan el condenable remedio son cruelmente malvadas; pero es otra maldad la de las que, no estando de manera alguna engañadas en este asunto, por dinero matan el cuerpo y el alma de una criatura. Cuando vosotras seáis llamadas a una casa, fueran las más pobres gentes del mundo, asistiréis con la misma atención que si recibiráis una gran recompensa..... Yo os diría, además, hija mía, que no os asombréis de ver despreciar el estado de matrona, ni que esto os enfrie de buscar las perfecciones, las cuales son incomprensibles a las que las desprecian, ni sorprenderse si veis en este estado personas tan



B



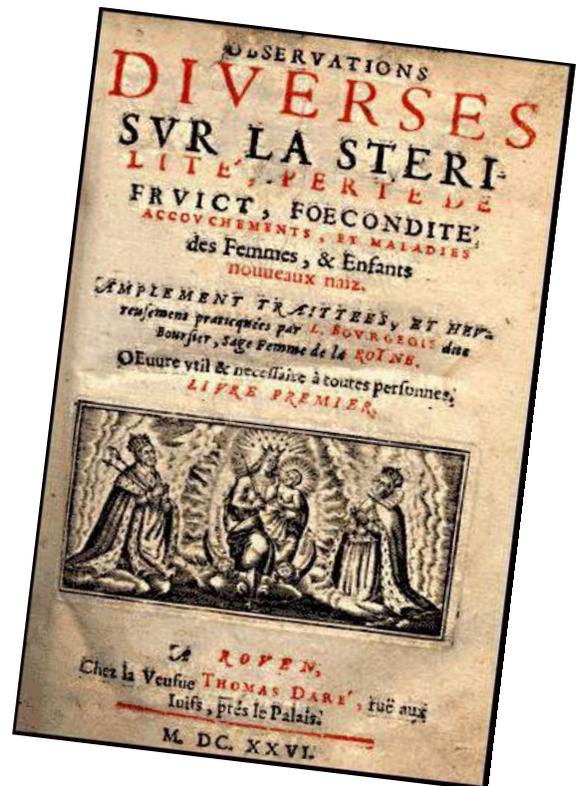
El mundo en general no fue jamás muy generoso para con las matronas; hacía falta pues que Louise Bourgeois fuera muy superior a las de su tiempo para merecer tales alabanzas. Lo que prueba que ella no era simplemente una matrona hábil, sino una mujer letrada, como se observa en las diversas epístolas que se encuentran al principio de sus libros dirigidas a varias grandes damas y varios médicos de su tiempo.



LOUISE BOURGEOIS.

Née à Paris en 1580.

(Biographie des Sages Femmes célèbres.)
2^e Livraison.



ILITIA, reportera histórica

LOS CURSOS PARA 2022 RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



1.-JUSTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Hoy en día la matrona debe estar preparada, para poder asumir los cambios que se están produciendo en las técnicas y métodos de trabajo en el suelo pélvico, ya que las disfunciones de este suponen un porcentaje muy elevado de las consultas que tienen esos profesionales en su trabajo diario.

En pocas ocasiones nos paramos a pensar en la existencia de la musculatura que constituye el suelo pélvico, y mucho menos en sus múltiples funciones. Habitualmente solo lo hacemos en situaciones muy concretas como durante el embarazo y el parto, las relaciones sexuales, o en el climaterio.

Sin embargo, la musculatura del suelo pélvico cumple funciones importantísimas en el cuerpo humano de las que las matronas no nos podemos olvidar puesto que tienen un papel fundamental en la calidad de vida de las pacientes.

La matrona, desde su puesto en atención primaria, debe conocer cuáles son las bases anatómicas y fisiológicas del suelo pélvico. Saber reconocer las disfunciones del suelo pélvico y como hacer criterios diagnósticos, de recuperación y rehabilitación, así como cuando realizar las derivaciones a los servicios correspondientes.

Al mismo tiempo, con los avances en la investigación en periné, se ha visto que el trabajo del suelo pélvico no se hace de manera aislada, sino que necesita de la colaboración y el trabajo coordinado de grupos musculares, como son los músculos que constituyen la cincha abdominal (principalmente el músculo transversal del abdomen) y el diafragma torácico.

No hace falta la existencia de patología previa, de secuelas del embarazo y del parto, de cirugías abdominales o pélvicas para que sea necesario trabajar el suelo pélvico y la cincha abdominal, como método preventivo para tener una buena salud perineal.

Para trabajar estas musculaturas se está utilizando la propiocepción. Esta nueva forma de trabajo se basa en la importancia que tiene la toma de conciencia del cuerpo como un "todo" y entender como sus desequilibrios posturales pueden afectar a la estática pélvica y por consiguiente al suelo pélvico. El trabajo del suelo pélvico mediante la propiocepción es una herramienta dinámica y eficaz que hace que las matronas consigan que sus pacientes, con el trabajo y el uso de diferentes técnicas sean más autónomas en la gestión de la reprogramación y reeducación de su postura, y por tanto del suelo pélvico.

2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Actualizar los conocimientos sobre suelo pélvico del profesional que atiende a la mujer en todo su ciclo vital.

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

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

DIRIGIDO A:

Matronas y residentes de matronas

Número máximo: 20 alumnos

Profesora: Lola Serrano Raya

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) Hospital de Sagunto (Valencia)

DURACIÓN EN HORAS: 20 horas



CURSO RECUPERACIÓN DE SUELO PELVICO 2022

PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00h a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00 a 14:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Tarde	De 16:00h a 20:00h.
PENDIENTE FECHA/2022. Mañana	De 09:00h. a 12:30h.

Matricula:

Socios y vinculados: 30 €

Residentes: 80 €

No asociados: 100 €

Plazos de inscripción

PENDIENTE FECHA 2022

LUGAR : Se indicará a los matriculados en su día

Solicitud de inscripción en:

matronas@asociación-nacional.com

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

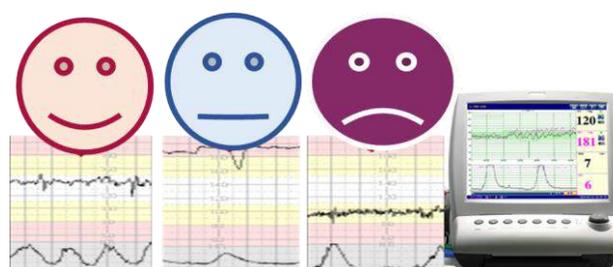
La admisión al curso estará sujeta a fecha de petición, a excepción de los asociados y vinculados que tendrán prioridad absoluta.

Acreditado por la Agencia de Acreditación de
Formación Continuada del S.N.S



CURSO DE VALORACIÓN FETAL INTRAPARTO

FORMACIÓN CONTINUADA



FECHAS PENDIENTES DE LA SITUACIÓN COVID-19 /2021

Objetivos

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

MODALIDAD
Presencial: 20 horas

FECHAS: 2022 PENDIENTE
Horario: tardes 15:30-20:30h

LUGAR: Cavanilles, 3
28007 Madrid

Matricula:
Socios y vinculados: 20 €
Residentes: 70 €
No asociados: 90 €

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

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE POR COVID-19/ 2022

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

Acreditado por la Agencia de
Acreditación de Formación Continuada
del S.N.S



**CURSO BÁSICOS DE ECOGRAFÍA
PARA MATRONAS.
PENDIENTE FECHAS SEGÚN
EVOLUCIÓN DEL COVID-19/2022**

**ORGANIZA:
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

**FORMACIÓN
CONTINUADA**



INSCRIPCIÓN LIMITADA A 16 ALUMNOS

LUGAR:

C/. Cavanilles, 3
Colegio de Enfermería de Madrid

HORARIO:

Día11: de 9:30 a 14:00h./ 15:30 a 20:30

Carga lectiva presencial 9 horas.

**LAS PRACTICAS SE REALIZAN CON
GESTANTES.**

**SOLICITUD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
MATRONAS**

Mediante mail:

matronas@asociación-nacional.com

MATRICULA:

SOCIOS Y VINCULADAS..... 20 €

NO SOCIOS: 100 €

EIR: 60 €

La **ADMISIÓN** al Curso se hará por riguroso orden de solicitud y con preferencia **ABSOLUTA** de los **SOCIOS**

PLAZO DE INCRIPCIÓN: PENDIENTE 2022

Acreditado por la Agencia de Acreditación de Formación
Continuada del S.N.S



PROGRAMA





Justificación

El uso de la ecografía en las consultas de Matrona es un hecho que se viene generalizando, aprovechando la existencia de ecógrafos en los centros de salud.

Parece pertinente y lógico que termine por implantarse y desarrollarse en un mundo tan tecnológico, donde la imagen es un valor añadido de calidad en la atención.

Siempre dejando claro, que se trata de complementar y nunca suplantar la atención obstétrica que realizan los tocólogos en sus consulta. Se trata de sumar en todo momento, para que la atención a la mujer gestante, sea lo más completa y de calidad posible.

Según la Directiva de Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales 2005/36/CE de fecha 7 de septiembre de 2005, en su Sección 6 (Matrona), Artículo 42 (Ejercicio de las actividades de matrona), punto 2-b, **dice textualmente, que la matrona podrá: “Diagnosticar el embarazo y supervisar el embarazo normal; Realizar los exámenes necesarios para la supervisión del Desarrollo de los embarazos normales”.**

Y en su punto 2-e, dice textualmente que la matrona podrá: “prestar cuidados y asistencia a la madre durante el parto y Supervisar la condición del feto en el útero mediante los métodos clínicos y técnicos apropiados”.

La formación continuada de las matronas debe adecuarse a la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos y a la de su ámbito de actuación en los distintos sistemas sanitarios. A este respecto, la importancia que han adquirido, en la década de los ochenta, las facetas de prevención y promoción de la salud, ha implicado una ampliación del ámbito de actuación de este especialista más allá de sus actividades tradicionales en la atención a la gestación, parto y posparto, que sin duda han repercutido en el enfoque y características de este programa.

Las matronas deben tener una participación activa en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida, de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil. En estos programas la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico en la atención del embarazo, parto y puerperio, además de desarrollar actividades de promoción y prevención de su salud sexual, reproductiva y en el climaterio, en consonancia con las demandas de la sociedad y en el marco de políticas globales de salud como la «Estrategia del parto normal» aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2007.

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se contiene en este programa formativo, se ha ajustado a las directrices derivadas, de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer.

Por otra parte, la formación continuada, es el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de grado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. LOPS. Artículo 33.1



OBJETIVO:

Aprendizaje de conocimientos, teóricos y prácticos a las matronas para poder realizar una valoración competente del feto intra-útero, biometría, presentación, posición y anejos fetales (líquido amniótico, cordón y placenta)

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DEL CURSO BÁSICO DE ECOGRAFÍA PARA MATRONAS :

- **Ecografía obstétrica.**
- **Inicios, aspectos básicos,**
- **Instrumentación.**
- **Aspectos**
- **Éticos y psicosociales**

- **Ecografía primer trimestre de embarazo.**
Complicaciones primeras semanas de gestación.Limitaciones y resultados de la ecografía obstétrica
(Teórica)

- **Ecografía captación (Practica)**
- **Gestantes entre Semana 8-12 de gestación**

- **Ecografía segundo trimestre .**
Estudio anatómico fetal.
(Teoría)

- **Ecografía segundo trimestre (Practica)**

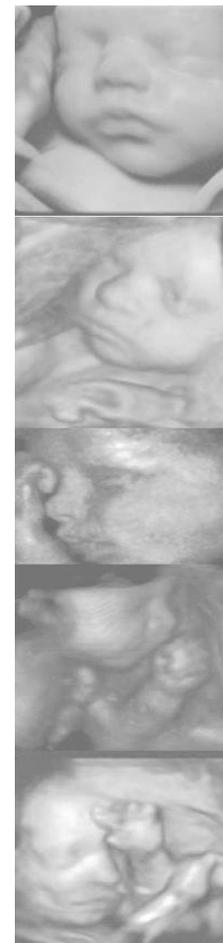
- **Ecografía tercer trimestre (Teórica)**

- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 24- 28 de gestación:**

- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 30- 32 de gestación:**

- **Ecografía tercer trimestre (Práctica)**
- **Gestantes entre semana 36-38 de gestación:**

- Conclusiones.**
- Ruegos y preguntas.**
- Resumen puntos**
- Importantes.**



+ de 42 AÑOS + de 42 LOGROS



