

Info MATRONAS



SEPTIEMBRE 2025 N.º 92

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



Fotografía: Gema Pulido Pascual

Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas las matronas de España, de forma gratuita en formato "on line". Con una periodicidad bimensual (desde 2023) 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 de más, enviándolos a:
infomatronas@gmail.com

Esperamos que todo el colectivo sea muy activo en este nuevo modelo de participar, compartir y divulgar.

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

Rosa M.ª Plata Quintanilla
Isabel Castello López
Carmen Molinero Fraguas
Rosario Sánchez Garzón
Ana Martínez Molina
Elena Fernández García
Ana M.ª Anocibar Marcano

DEPOSITO LEGAL: M-12001-20023
ISBN: 987-84-09-49775-1

www.aesmatronas.com

En este número:

❑ ESPECIAL I:

- INTRUSISMO VS AUTONOMIA

❑ HEMOS LEIDO:

- HUÉRFILO
- MOCION PRESENTADA EN EL SENADO PARA SOLICITAR EL GRADO ESPECIFICO DE MATRONA
- LOS MOLDES SON PARA LA CERÁMICA, NO PARA LAS MATRONAS. EXPLORANDO LA CARRERA DE UNA MATRONA ACADÉMICA
- HAY NUEVAS MATRONAS LISTAS PARA TRABAJAR, PERO NO HAY PUESTOS DISPONIBLES A PESAR DE LA ESCASEZ DE PERSONAL EN UK

❑ MUY INTERESANTE:

- MATRONAS: LAS MÁS EMPÁTICAS Y MENOS ALINEADAS CON MODELOS JERÁRQUICOS, EN EL MARCO DE PROFESIONALES DE LA SALUD
- LA OMS PIDE UNA EXPANSIÓN GLOBAL DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE PARTERÍA
- LA FORMACIÓN CONTINUADA DEBE SER UN COMPROMISO ÉTICO PARA TODOS LOS PROFESIONALES

❑ ENTREVISTA CON:

- ESPERANZA AGRAZ PATIÑO

❑ BREVES:

- II CONGRESO MATRONAS EUSKADI Y FAME
- 34 CONGRESO TRIENAL ICM
- I JORNADA DE GENÓMICA PERINATAL
- JORNADA GRUPO GEMMA. MADRID
- JORNADA ASAMU. VALENCIA

❑ BUENAS NOTICIAS:

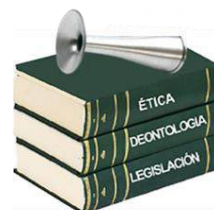
- LA FE SE CONVIERTE EN UNIDAD DE REFERENCIA AUTONÓMICA PARA EL TEST PRENATAL NO INVASIVO

❑ MALAS NOTICIAS:

- LAS MATRONAS DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BADAJOZ DENUNCIAN UN DÉFICIT CRÍTICO DE PERSONAL...
- LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA "NO TIENEN POSIBILIDAD DE LIBRAR"
- LOS GERENTES "SE RETRATAN" UNA VEZ MAS CON LA FALTA ACTUAL DE COBERTURAS DE MATRONAS
- CARTA A: SINDICATOS EN MESA SECTORIAL, CONSEJERA DE SANIDAD Y PRESIDENTA DOÑA ISABEL DÍAZ AYUSO

❑ RECOMENDACIONES

❑ MATRONAS CÉLEBRES



INTRUSISMO VS. AUTONOMIA

No son pocas las veces que, a través de los grupos de whatsapp de matronas en los que estoy, surge la llamada de atención sobre el eterno tema de la intromisión de personas no profesionales de la obstetricia en procesos de parto, concretamente en aquellos que tienen lugar el domicilio de la parturienta y que, a modo de contrato privado, deciden parir con estas personas. No estoy refiriéndome a las ya conocidas “doulas”, sino a las que ahora se hacen llamar **“parteras”**¹.

El caso no pasaría de ser un poco más de lo mismo si no fuera porque apelando a la libertad y utilizando es hashtag **#parimosenlibertad** con el conocido eslogan de **“Yo gesto, yo paro, yo decido”** estas personas están, en pro de esa libertad de expresión, arremetiendo contra los/las profesionales matronas y por supuesto las/los obstetras.

Así que se mueven por las redes sociales (RRSS) con frases como: “Si eres personal sanitario y crees que tienes derecho a tomar decisiones sobre el cuerpo de otra persona, **ERES UN PELIGRO EN MI PARTO**” y al mismo tiempo su defensa es: **“Criminalizar la partería es una forma de coacción hacia las mujeres soberanas de sus procesos reproductivos”**. Y, sin más arremeten contra colegios profesionales acusándoles de **“caza de brujas”**.

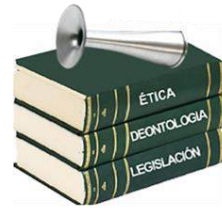


CONCEPTOS:

Creo que debería aclarar algunos conceptos que vamos a ir manejando para que no haya errores o confusión.

En primer lugar, estamos refiriéndonos a **“parteras”** (entre comillas) y si nos vamos a buscar la definición dice: **“Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta”**. Estamos hablando pues, de una persona, generalmente mujer, que atiende partos (imagino que basándose en su experiencia) sin ninguna formación o titulación académica, atiende los partos. La diferencia con las doulas es que estas últimas dicen solo **“acompañar”** pero no intervenir (asistir) en el proceso de parto.

El error es que este grupo de mujeres aprovechan la terminología que la Confederación Internacional de Matronas (ICM)² utiliza cuando habla de las **“parteras”** para referirse al profesional de la salud responsable y que rinde cuentas, que trabaja en colaboración con las mujeres para brindarles apoyo, atención y asesoramiento durante el embarazo, parto y período posparto, incluyendo la atención al recién nacido. Así mismo, la ICM enfatiza que la partería se basa en una filosofía de atención centrada en la mujer, promoviendo su autonomía y el respeto por sus derechos.



Descripción del proyecto. Características, fortalezas y diferenciales.

Cuando hablamos de **libertad de decisión** respecto a nuestros partos, comúnmente nombramos el parto hospitalario y el parto domiciliario con matronas. Éstas son sólo dos opciones (con **infinidad de singularidades** dentro de cada una de ellas) de las muchas que pueden llegar a existir dentro de un **paraguas de legalidad**: parto autogestionado, parto con partera, parto al aire libre, parto en casa de nacimientos, parto con amigos y familiares.

En este caso, hablamos de **la elección de parir con una persona no sanitaria, la partera**, pues hay mujeres y personas con capacidad suficiente que no viven sus procesos reproductivos como un acontecimiento de peligro o de enfermedad y prefieren ser sostenidas y acompañadas por otras **personas que no tengan una visión médica**.

Queremos mostrar nuestro apoyo a una **partera denunciada por intrusismo** por el Colegio de Enfermería.

Queremos **financiar los costes de su defensa**, pues pensamos firmemente que su

COFINANCIAR 

Además, la ICM busca mejorar la salud global de las mujeres y promover el papel de la partera en la atención materna y neonatal.

Tanto la OMS como la ICM³ adoptan el término de **“partería”** para referirse a *“la profesión que ejercen las matronas, solo las matronas practican la partería. La partería cuenta con un corpus de conocimientos exclusivo y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas de disciplinas compartidas con otras profesiones sanitarias, como las ciencias de la salud y la sociología, pero practicadas por las matronas y basadas en principios de autonomía, asociación, ética y responsabilidad. En el Marco profesional de la partería se definen los distintos aspectos de la profesión”*.



En el mismo texto, sigue con las competencias que las matronas deben ejercer y continúa diciendo:

“La partería es un planteamiento de atención a las mujeres, niñas y personas de género diverso y sus recién nacidos en el que las matronas:

- *Educación en temas de salud sexual y reproductiva, anticoncepción y planificación familiar, administran anticonceptivos (dentro de su ámbito de práctica) y prestan una atención integral;*
- *Optimizan los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales normales del embarazo, el parto, el puerperio y la primera etapa de la vida del recién nacido;*
- *Trabajan en colaboración con las mujeres, respetando las circunstancias y opiniones individuales de cada una de ellas;*
- *Favorecen la capacidad personal de las mujeres para cuidar de sí mismas y de sus familias;*
- *Colaboran con matronas y otros profesionales sanitarios según sea necesario para prestar una atención integral que satisfaga las necesidades individuales de cada mujer.”*



Y finaliza haciendo explícito **que “Las competencias de partería (conocimientos, técnicas y actitudes) son propias de las matronas y son practicadas por profesionales que han seguido un programa de formación previo al servicio/al registro que cumple las Normas de la ICM para la formación en partería”.**

Por otro lado, no vamos a negar la existencia en otras culturas de las llamadas “parteras tradicionales”⁴ que son mujeres que brindan atención a mujeres durante el embarazo, parto y posparto, utilizando conocimientos y prácticas transmitidas de generación en generación dentro de sus comunidades, a menudo indígenas o rurales. Estas prácticas incluyen el uso de medicina tradicional, como plantas medicinales, y técnicas manuales como masajes, además de incorporar conocimientos de la medicina occidental en algunos casos.



CONTEXTO ÉTICO-LEGAL:

Creo que el tema es suficientemente grave, o relevante si se prefiere este término, como para dedicarle un artículo intentando hacer un análisis lo más objetivo posible y desde una perspectiva ética, ya que apelan a los derechos fundamentales de las gestantes que abarcan la protección de la salud y bienestar durante todo el embarazo, el parto y el posparto, así como el derecho a recibir la atención médica (profesional) adecuada y trato digno y respetuoso. Al mismo tiempo o junto al derecho a la protección de la salud, entra otro derecho fundamental en juego, el derecho a recibir la información y el derecho de participar en la toma de decisiones sobre su atención, llamado derecho a la autonomía.

Aparentemente no debería de haber conflicto ya que tanto la OMS como nuestra legislación⁵ contemplan la protección de ambos derechos: Por un lado, proteger la salud de la madre y su hijo con los medios, recursos y mejor evidencia posible, para una maternidad saludable y satisfactoria y por otro, la de recibir información clara, veraz y completa sobre su estado de salud, los procedimientos médicos necesarios llegado el momento y las opciones disponibles para su atención.

Consentimiento informado





Según la OMS, los Derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales que garantizan la capacidad de todas las personas para tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y reproducción, sin discriminación, coerción ni violencia.

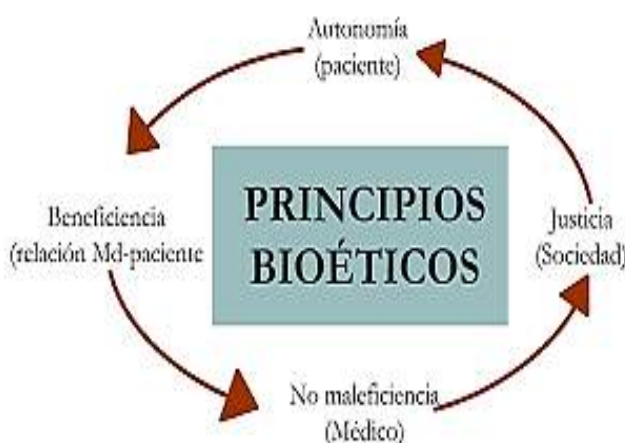
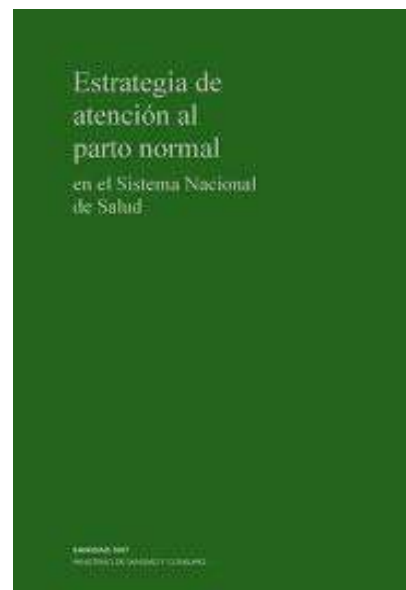
¿Dónde está el verdadero conflicto?

Ninguno de los derechos referidos anteriormente es incompatibles o excluyentes entre sí cuando se ejercen desde el más estricto sentido de la ética y respeto de la legalidad, a saber: cuidar de la salud del binomio madre-hijo y al mismo tiempo hacerla sujeto activo en la toma de decisiones en referencia a su proceso de gestación y parto.

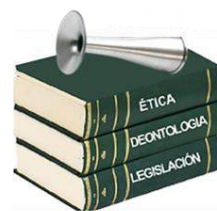
Esta fue la esencia filosófica cuando se elaboró la Estrategia de Atención al Parto Normal en 2008, combinar la evidencia científica, la seguridad en la atención, con el respeto a los valores éticos esenciales de los que tantas veces he escrito en otros artículos.

Son muchos los centros hospitalarios que desde el año 2008 y bajo el amparo de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, cambiaron protocolos, formaron profesionales, reestructuraron paritorios, para que la atención en el proceso de embarazo y parto fueran más personalizados, de manera que la mujer gestante pasara de ser un sujeto pasivo de atención a un sujeto activo en la toma de decisiones, consensuando con el profesional en aquellos casos que fueran más complejos y que entraran en juego otros valores que pudieran comportar riesgos relevantes para salud de la madre o su hijo-a.

Por ejemplo, sería aceptable decidir no hacerse una amniocentesis si la madre recibe toda la información, no solo respecto a la técnica en sí misma, sino a las consecuencias que se deriven de ella, si ésta las acepta, sin coacción, voluntariamente, y sin que eso repercuta en el seguimiento de los cuidados y atención del proceso que debe recibir.



Asumir que, no en todos los centros públicos o privados se da este respeto a la toma de decisiones, no es argumento suficiente para arremeter contra los profesionales implicados en este proceso, tildándolos de “peligrosos para el parto”, dista un mundo. Con la emisión de estos mensajes a las mujeres, la estrategia no es la adecuada, ni es ética, sino todo lo contrario, utiliza el miedo y la coacción puesto que da información sesgada, manipulando sentimientos y emociones a los que la mujer embarazada está más sensible cuestionando la propia salud o la de su descendencia.



Si lo que se pretende es empoderar a la mujer en su proceso de embarazo y parto, sería más efectivo promocionar el derecho a recibir la información por parte de los profesionales expertos en esta materia y fomentar la participación en la toma de decisiones, y no por parte de un grupo de personas que, la mayoría sin formación científica especializada, emiten desde grupos o redes sociales como “instagramers o influencers” tan de moda en RRSS.

Por otro lado, este grupo se aprovecha del desconocimiento que, en general, tiene la sociedad de qué o quién es una matrona o matró, de sus competencias, para usurpar el nombre de “partera” tal y como lo definen la OMS o la ICM, otorgándose las competencias de éstas y por lo tanto, “engañando” a las personas que las contratan, previo pago, para asistirles en partos domiciliarios.

Pero ¿por qué no se denuncian?. Pues porque a pesar de que el intrusismo es un delito penal (art. 403 CP) en diferentes sentencias se reconoce el derecho de la mujer a elegir con quién quiere parir, sea profesional o no, teniendo la información correcta, y firmando un contrato y consentimiento que las exime de toda responsabilidad en caso de complicaciones, incluso de la propia muerte o la de su hija/o, haciendo prevalecer el derecho de autonomía de la mujer.

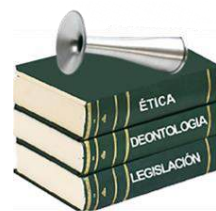


Así que nos encontramos en el escenario: por un lado, el intrusismo de personas no profesionales ni tituladas que atienden partos, y por otro, un principio básico, el de autonomía, reconocido como derecho fundamental, como es la libre elección de la mujer a decidir sobre la atención en el proceso de parto.

CONCLUSIONES:

Para intentar simplificarlo, las conclusiones generales serían:

- 1º.- Utilizar la coacción y el miedo predisponiendo a las mujeres en contra del personal sanitario es una gran falta ética.
- 2º.- Las matronas tienen el deber ético y legal de dar toda la información concreta, veraz, con evidencia científica, de todos los procesos sexuales y reproductivos.
- 3º.- La usurpación de funciones de un profesional no teniendo la titulación correspondiente es un delito tipificado en el código penal.
- 4º.- Las gestantes están en su derecho cuando eligen con quién, cómo y dónde quieren parir, siempre y cuando tengan la información completa y veraz por parte de quien las atienda y firmado el consentimiento.
- 5º.- La toma de decisiones, libre e informada, conlleva pareja la aceptación de la responsabilidad de las consecuencias que de éstas se deriven.
- 6º.- En caso de muerte materna o perinatal, sin denuncia, es la fiscalía la que actúa de oficio.



7º.- Son los colegios profesionales los que deben velar por la profesión y sus colegiados, denunciando aquellos casos en los que se demuestre el intrusismo (muy difícil en estos) asuntos, cuestiones, circunstancias, situaciones...

Y como conclusión final (y en mi modesta opinión):

“Si las matronas y otros profesionales implicados, asumimos las obligaciones y deberes éticos, inherentes a nuestra profesión, informando y respetando las decisiones que las mujeres toman con plena conciencia, sin coacción, voluntariamente, es posible que las mujeres gestantes optaran por ser asistidas en “Casas de nacimiento” (Centros de nacimiento, casas de partos) atendidos por matronas, donde la seguridad en la atención y la autonomía sean totalmente compatibles”.



Y como siempre, quiero finalizar con una frase que ilustre este pensamiento, que más que una creencia es una convicción, esta vez de un escritor, Paulo Coelho: ***“La libertad no es la ausencia de compromisos, sino la capacidad de escoger lo que es mejor para ti”.***

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

Referencias.

- 1- <https://www.goteo.org/project/parimos-libres1>.
- 2- <https://internationalmidwives.org/es/resources/definicion-de-parteria/>
- 3- Definición de Partería. La Haya: Confederación Internacional de Matronas, 2025.
- 4- <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf>

HUÉRFILO:

Una propuesta para nombrar el dolor invisible de quienes pierden a un hijo

Autoría:

Teresa Bobes-Bascarán

Profesora Asociada en Ciencias de la Salud. FEA Psicología Clínica. SESPA. CIBERSAM. ISPA.

INEUROPA, Universidad de Oviedo

María Isabel Gutiérrez López

Psicóloga Clínica en Área IV SESPA. Profesora asociada en la Universidad de Oviedo.

Todo lo que iba a ser, los nombres, los brazos, la cuna, la historia, queda suspendido. El futuro se rompe antes de empezar y, con él, el lenguaje se queda atrás.

Quien pierde a un hijo se convierte en algo que no tiene nombre. No es huérfano, no es viudo, no es nadie que el idioma haya sabido anticipar. Y sin nombre, el dolor se vuelve más solo, más incomprendido, y más difícil de sostener.

El llanto de Niobe y la desesperación de Deméter

Ningún padre debería enterrar a sus hijos, y eso lo sabían ya los antiguos. Niobe fue convertida en piedra tras ver morir a todos sus hijos. Su llanto, inmóvil y eterno, brotaba desde la roca. Deméter, en su desesperación por la pérdida de Perséfone, detuvo el ciclo de las estaciones y dejó al mundo sin primavera.

Hay lenguas que, mucho antes que la nuestra, encontraron una palabra para ese abismo. En hebreo, **shakul** nombra al padre que ha perdido a su hijo. En árabe clásico, **thakla** es la madre que se queda sin criatura. Y en sánscrito, **vilomah** significa “lo que va contra el orden natural”.

En nuestro idioma, quien pierde a sus padres es huérfano, y quien pierde a su pareja, viudo o viuda, pero quien se queda sin un hijo... no tiene palabra.

Aunque la RAE incluye en “**huérfano**” una acepción antigua que nombra a la persona que afronta esa muerte, nunca se ha usado fuera del papel.

“**Huérfilo**” es una propuesta humilde, pero necesaria, para llenar la laguna. La propuso en 2017 la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, no desde la teoría, sino desde la urgencia de sentirse nombrados.

Qué es el duelo perinatal

Llamamos duelo perinatal al fallecimiento que ocurre cuando la vida se detiene justo antes o justo después de empezar. Es decir, cuando un bebé muere durante el embarazo, el parto o en los primeros días.

Es una pérdida íntima, breve, muchas veces solitaria: sin entierro, sin esquela, sin oídos. Por eso, tantas veces, se desautoriza. El experto Kenneth Doka la llamó “disenfranchised grief”: un duelo “**sin permiso**”.

A veces basta una frase para invisibilizarlo:

“Mejor ahora que más adelante”

“Ya tendrás otro”

“No puedes sufrir si no lo llegaste a conocer”

Espacios para la despedida

Pero sí vivía: en el cuerpo de quien lo gestaba, en la mente de quienes lo imagina-

ban, en el deseo de toda una red familiar. Y eso también merece ser reconocido y despedido.

Cuando no se permite despedirse del bebé, sostenerlo, decidir cómo transitar ese momento o crear recuerdos simbólicos, el impacto emocional puede ser profundo. La evidencia científica ha mostrado que, en ausencia de acompañamiento adecuado, pueden desarrollarse síntomas de ansiedad, estrés postraumático, sentimientos de culpa, dificultades en la relación de pareja o bloqueos en embarazos posteriores.

Del dolor al significado: cómo los supervivientes afrontan el duelo por suicidio

Por todo esto es tan necesario generar entornos en los que el duelo perinatal sea reconocido y tenga lugar, donde la despedida no se vea interrumpida ni acelerada.

El acompañamiento profesional en ese momento no elimina el dolor, pero puede contribuir a que la experiencia sea más habitable, a que el duelo pueda ser elaborado sin culpa y a que el vínculo, aunque interrumpido, tenga un lugar en la historia familiar.

Protocolos y redes de apoyo

En España, por ejemplo, cada vez más centros hospitalarios comienzan a desarrollar protocolos específicos para la atención al duelo perinatal, conscientes del valor de ofrecer un abordaje integral, clínico y humano.

Un buen exponente es el Programa de Salud Mental Perinatal del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que articula la intervención de distintos profesionales (obstetras, neonatólogos, enfermeras, matronas, psicólogos clínicos, trabajadores sociales) para ofrecer una atención coordinada y sensible en estas situaciones.

Entre las acciones habituales están la posibilidad de ver y sostener al bebé, realizar fotografías o recoger objetos simbólicos, ofrecer

acompañamiento psicológico especializado y, cuando es posible, establecer un espacio de seguimiento tras la pérdida.

Además de la intervención sanitaria, el papel de las asociaciones de familias resulta clave. Colectivos como Brazos Vacíos o el Hueco de mi Vientre ofrecen acompañamiento entre iguales, apoyo emocional, orientación jurídica o talleres de memoria y despedida. Estos espacios permiten compartir la experiencia con otras personas que han pasado por lo mismo y legitimar un dolor que, en muchos casos, sigue siendo socialmente invisible.

También existen grupos específicos para embarazos posteriores a una pérdida, donde el miedo, la esperanza y el recuerdo conviven. En estos casos, el acompañamiento puede ayudar a que las emociones no entren en conflicto, sino que puedan coexistir de forma saludable.

Nombrar para comprender

Y como decíamos al principio del artículo, contar con una palabra que designe la experiencia de la pérdida, como la propuesta “**huérfilo**”, puede cumplir también una función importante. No evita el dolor, pero puede hacerlo un poco más habitable. Porque cuando algo se nombra, puede empezar a ser contado. Y lo que se cuenta, se comparte; y lo que se comparte, duele distinto.

A veces no hacen falta grandes discursos, sino una palabra que abra espacio. Una que diga: **aquí hubo amor.**

Y aquí sigue habiendo memoria.

THE CONVERSATION

MOCION PRESENTADA EN EL SENADO PARA SOLICITAR EL GRADO ESPECIFICO DE MATRONA

**GRUPO PARLAMENTARIO
PLURAL EN EL SENADO: JUNTS
PER CATALUNYA, COALICIÓN
CANARIA, AGRUPACIÓN HERREÑA
INDEPENDIENTE Y BLOQUE
NACIONALISTA GALLEGO**



Parece imposible determinar el número de matronas ejercientes en España, insistimos con que las cifras de las que se disponen, no son fiables: el INE en su último contaje (2023) refleja 10.487 enfermeras con el título de matronas en España, pero ni son todas las que somos ni todas están ejerciendo, porque incluso contabilizan los jubilados y una pequeña parte de títulos de cuyos dueños no consta su situación laboral. Además, hay que tener en cuenta que los datos de Diplomados en Enfermería con título de Matrona pudieran estar infraestimados, al no ser legalmente obligatorio estar colegiado en una determinada titulación de Diplomados en Enfermería para poder ejercerla.

TOTAL, ESPAÑA	10.487
EN ACTIVO	8.432
JUBILADOS	1.912
NO CONSTA SITUACIÓN	143

Si nos remitimos a, las estimaciones de la OCDE reflejan una ratio de unas 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos, mientras que la media de los países de la OCDE es de 25 por cada 1.000. En conclusión, los datos disponibles y la evidencia que se vive en nuestro país, apuntan a que España está

por debajo de la media europea, algo que las matronas venimos anunciando desde hace años.

Al hilo de esta situación, el Grupo Parlamentario Plural en el Senado: Junts per Catalunya, Coalición Canaria, Agrupación Herreña Independiente y Bloque Nacionalista Gallego ha elaborado una moción (y presentado en el Senado con fecha de entrada de registro para reforzar la formación y disponibilidad de matronas 15/7/2025). Entre las propuestas, destaca la recuperación del grado universitario específico en matronas obstétrico-ginecológicas como una solución a medio plazo para hacer frente al déficit de profesionales.

Transcribimos la moción:

Exposición de motivos

“La escasez de matronas es un problema estructural grave que impacta directamente en la calidad de la atención sanitaria a las mujeres, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria. Las matronas son profesionales clave en salud sexual y reproductiva: su formación especializada y su cercanía con las usuarias garantizan una atención segura, personalizada y basada en la evidencia. Su formación especializada y su proximidad con las personas usuarias las convierten en figuras indispensables dentro del sistema de salud.

La falta de matronas afecta tanto al ámbito hospitalario como a la atención primaria, con consecuencias directas en la atención a las mujeres, sus familias y en el funcionamiento del sistema sanitario. Sin embargo, el déficit actual se arrastra, en parte, por la ausencia de formación entre los años 1987 hasta 1995, un paréntesis que interrumpió el relevo generacional y que aún hoy no se ha compensado.

Además, la planificación de nuevas plazas sigue haciéndose en base a criterios obsoletos, centrados únicamente en la natalidad y el número de partos por hospital, sin tener en cuenta factores clave como la edad materna, el aumento de las técnicas de reproducción asistida o los avances tecnológicos en el control prenatal. La planificación de nuevas plazas debería ajustarse a los nuevos modelos de atención que han de ser sensibles a la Estrategia de Atención al Parto Normal y a la reducción del intervencionismo sistemático, priorizando una mayor observación y acompañamiento del proceso. Todo ello con el objetivo de reducir la morbilidad materna, así como los daños físicos y psicológicos asociados al parto, como las cesáreas innecesarias, las episiotomías o las secuelas sobre el suelo pélvico. Este enfoque, además de mejorar los resultados en salud, supone también un ahorro para el sistema sanitario.

La falta de matronas impide desplegar sus competencias de forma plena, como la preparación al parto o el acompañamiento en la lactancia, y favorece la aparición de pseudo-terapias o figuras no cualificadas que imparten contenidos sanitarios sin base científica, especialmente en ámbitos y/o en espacios no regulados.

La actividad de las matronas va más allá del ámbito de sala de partos. La presencia de matronas durante la atención en la hospitalización en el postparto ha demostrado una reducción de los días de ingreso y por tanto un ahorro para el sistema de salud, tanto público como privado, que cuenta con más disponibilidad de camas para otras finalida-

des contribuyendo así a un sistema más sostenible.

También limita la atención en primaria, donde las matronas han demostrado ser eficaces reduciendo listas de espera, evitando derivaciones, mejorando el acceso a la anticoncepción y detectando precozmente infecciones de transmisión sexual, evitando así complicaciones.

Esta escasez de matronas afecta tanto al sistema público como al privado: sin matronas, muchos centros no pueden ofrecer servicios básicos ni abrir nuevas unidades, lo que supone una pérdida económica y mayor presión sobre la sanidad pública, restringiendo el derecho de las mujeres a decidir dónde y cómo ser atendidas. Las recomendaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Confederation Midwives (ICM), así como los estándares europeos presentes en el informe Desarrollo de la profesión de matrona en España: retos y recomendaciones encargado por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), aportan evidencias sobre las necesidades actuales en la dotación de comadronas y evidencian que el estado español está a la cola de Europa en la ratio de matronas por mujer.

Dentro del estado español, existen diferencias entre comunidades autónomas inadmisibles: en algunas, las mujeres solo son atendidas por matronas en el parto, sin continuidad asistencial más allá del momento del parto y durante el resto de etapas vitales.

Esta fragmentación obliga a multiplicar visitas, recurre a más profesionales y encarece innecesariamente el sistema, además de empeorar la atención y vulnerar los derechos de las ciudadanas.

Por todos estos motivos, los senadores y senadoras de Junts per Catalunya presentan la siguiente MOCIÓ

La Comisión de Sanidad del Senado insta el Gobierno a:

HEMOS LEIDO QUE

1. *Debatir entre universidades, expertos, colegios profesionales y responsables de las distintas comunidades autónomas sobre la reintroducción de los estudios específicos de un grado en Matronas obstétrico-ginecológica como medida a medio plazo para paliar el déficit de profesionales de este ámbito.*
2. *Conjuntamente con las administraciones autonómicas aplicar mecanismos a corto plazo para garantizar la convocatoria de todas las plazas acreditadas disponibles en los hospitales.*
3. *Incorporar convenios de colaboración entre hospitales con menos de 1.000 partos anuales y hospitales ya acreditados (para aumentar la capacidad formativa del Sistema).*
4. *Adaptar el plan formativo de la especialidad de matrona al plan formativo europeo, reduciendo el requisito de la necesidad de atención de 80 nacimientos a 40, tal y como regula la Directiva Europea para poder ejercer la profesión.*
5. *Considerar otros mecanismos de formación para cubrir las necesidades de la sala de partos de atención de bajo y alto riesgo obstétrico.*

COSTE ECONÓMICO:

En función de las medidas que el Gobierno adopte de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria.

Palacio del Senado, a 15 de julio de 2025"

No queremos ser "pájaros de mal agüero" pero mucho nos tememos que esto será lo mismo que "agua en una cesta".

Es curioso lo fácil que los políticos, por cierto, responsables de este destrozo actual, ahora lo intenten arreglar "ipso facto" cuando, ni siquiera se han fijado en que si las matronas españolas en relación

con las del resto de Europa, tenemos un marchamo de calidad indiscutiblemente superior, es precisamente porque nuestro programa formativo se ha diseñado por encima de los criterios mínimos que imponía la UE, con los que ninguna matrona puede conseguir una formación tan completa como en España.

De cualquier manera, bueno es que se hable entre los responsables políticos de la situación de las matronas en España, que, por cierto, ninguna otra moción había pasado por el Senado desde 2023 y esa se trataba de una iniciativa que no afectaba a la totalidad de las matronas, porque a las matronas que llevamos años anunciando esta situación actual es evidente que ningún caso nos han hecho hasta llegar al punto de no retorno actual.

¡El tiempo lo dirá!

Fuente:
Senado de España. N.º de expediente:
661/001359/ INE



LOS MOLDES SON PARA LA CERÁMICA, NO PARA LAS MATRONAS. EXPLORANDO LA CARRERA DE UNA MATRONA ACADÉMICA



Insertamos en esta edición un artículo de la **Dra. Wendy Foster**, matrona líder en práctica profesional e investigación en la Federación Australiana de Enfermería y Obstetricia (rama sudafricana) sobre la figura de Liz McNeill, destacada matrona académica Australiana.

“Escuché muchas historias de niña: mi padre era enfermero psiquiátrico y mi madre trabajaba en residencias de ancianos, y pensé: «No, gracias», recuerda. Pero el destino tenía otros planes. Desde pequeña, Liz se sintió atraída por roles que sirvieran a la comunidad; inicialmente consideró una carrera en la policía y el ejército antes de los recortes presupuestarios y las demoras. Sin embargo, fue en la enfermería y, finalmente, en la partería donde encontró su verdadero propósito.

Tras pasar de ser enfermera titulada de cuidados críticos con una maestría en enfermería a matrona cursando su doctorado, Liz está recorriendo el camino de una matrona académica.

Para algunas, la identidad de una matrona está ligada a la práctica clínica y a estar "a pie de cama". Pero este no es necesariamente el camino para todas las matronas. La partería es una profesión basada en la atención y la evidencia. El Informe sobre el Estado Mundial de la Partería 2021 reconoce esta idea, afirmando que necesitamos matronas en la educación, la investigación, la gobernanza y los servicios clínicos si queremos fortalecer los sistemas de salud y mejorar los resultados.

Un académico de partería desempeña un papel interesante y diverso, impulsando la profesión a través de la investigación, la edu-

cación y la indagación crítica. Genera y traduce evidencia que define una atención materna segura y equitativa, a la vez que asesora a futuras matronas para que piensen críticamente y actúen con cuidado y evidencia.

En un campo inherentemente conectado con la práctica clínica, elegir el camino académico puede verse como una desviación de lo esperado. Sin embargo, para Liz, este camino no solo fue una extensión natural de su pasión por la atención, sino también una oportunidad para formar a la próxima generación de matronas. Como académica, Liz se ha forjado un nicho transformando la investigación en docencia práctica, innovación, mentoría y formación de profesionales de la salud en todo el mundo.

Un objetivo de Liz siempre ha sido que la investigación sea significativa, especialmente para los estudiantes de partería.

“A menudo se presenta la investigación como una actividad de élite, encerrada en una torre de marfil. Pero, en realidad, todos investigamos a diario; ya sea comprando un coche, eligiendo un cochecito o planeando unas vacaciones. Les digo a los estudiantes que lo aborden como un caso de CSI: hay un problema, se recopilan pruebas, se analizan y se extraen conclusiones. Se trata de curiosidad y resolución de problemas”.

“La investigación, especialmente en los estudios de posgrado, es colaborativa, se basa en equipos, cuenta con apoyo y es interactiva, por eso me encanta trabajar con estudiantes de honores y de máster. Toda matrona tiene algo que quiere cambiar, ya sean políticas, modelos de atención o práctica profesional. Participar en la investigación ofrece una forma estructurada de explorar esas ambiciones y contribuir a cambio de forma significativa”.

Una forma en que Liz está ampliando su alcance y promoviendo activamente la investigación dirigida por matronas es a través de su podcast “Thru the Pinard”. Al crear una plataforma dedicada a compartir las historias, perspectivas y trayectorias de las parteras investigadoras, Liz contribuye a integrar el trabajo académico en las conversaciones cotidianas. Su podcast destaca el valor de las matronas para impulsar la investigación y la hace más accesible y atractiva para un público más amplio de estudiantes, profesionales clínicos y mentes curiosas en más de 95 países.

En definitiva, plataformas como los podcasts y las herramientas de aprendizaje digital son fundamentales para el futuro de la formación y el desarrollo profesional en partería. Ofrecen flexibilidad, accesibilidad y un sentido de comunidad, todos ellos ingredientes esenciales para una profesión próspera e inclusiva.

Sin embargo, una matrona académica no solo se dedica a la investigación y la educación, y su rol también la ha llevado a participar en la mentoría y el desarrollo de capacidades tanto en Australia como a nivel internacional. Creo que existe la percepción de que, como país con recursos abundantes, somos los guardianes de la práctica y el conocimiento, pero tras haber visto la partería en Filipinas y haber colaborado con colegas internacionales en muchos países de ingresos bajos y medios, como Papúa Nueva Guinea e Indonesia, necesitamos aprender cómo estas colaboraciones pueden impulsar el desarrollo de capacidades y la innovación.

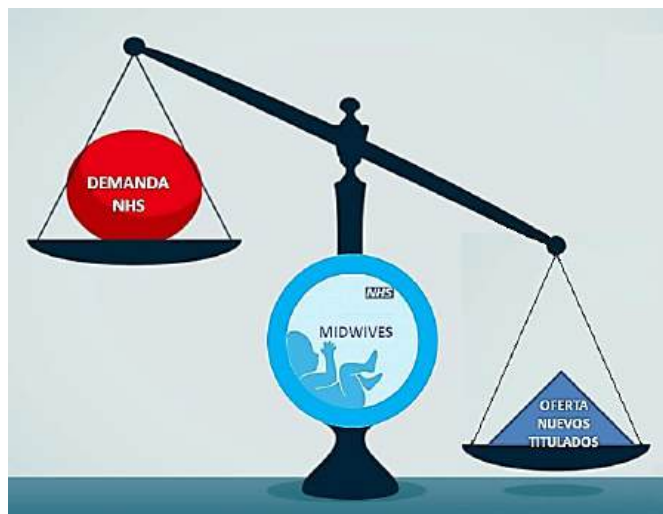
Aprendo constantemente de este intercambio de conocimientos en las áreas clínica, educativa y de gobernanza.

Ser académica también implica asegurar que la evidencia sustente la educación. Liz se compromete a garantizar la más alta calidad educativa para estudiantes de partería, siendo miembro activo del Consorcio Trans-Tasman de Educación en Partería. Además, colabora en la organización y dirección del Día Internacional Virtual de la Matrona, una conferencia gratuita de 24 horas que se celebra cada 5 de mayo. Su participación refleja una profunda dedicación a impulsar la educación en partería a nivel local, nacional e internacional, y a construir redes sólidas e interconectadas que impulsen la profesión ahora y en el futuro.

En una época en la que la partería basada en la evidencia es más importante que nunca, el papel de las matronas académicas como Liz es crucial para el futuro de la profesión. Todas las matronas tienen un papel valioso que desempeñar, ya sea en la atención clínica, el liderazgo o el ámbito académico; cada matrona contribuye al fortalecimiento de la profesión. **“Necesitamos ampliar nuestra definición de identidad en la partería y reconocer cómo las matronas contribuyen al sistema. Ser matrona académica es mi camino, y uno que amo”.**

Fuente: ANMJ (Australian Nursing & Midwifery Journal)

**HAY NUEVAS
MATRONAS LISTAS
PARA TRABAJAR,
PERO NO HAY
PUESTOS
DISPONIBLES A
PESAR DE LA ESCASEZ
DE PERSONAL EN UK**



Más de ocho de cada diez estudiantes de partería que se graduarán este año dicen que "no confían" en encontrar trabajo una vez que se gradúen, a pesar de que los servicios de maternidad en todo el Reino Unido luchan contra la falta de personal, según una nueva encuesta publicada hoy por el Royal College of Midwives (RCM).

El RCM afirma que tres cuartas partes (75 %) de quienes respondieron la encuesta y debían completarla ya han solicitado empleo, pero el reto al que se enfrentan para obtener una cualificación para el puesto es enorme. Esto a pesar de que el Colegio estima que el NHS (National Health Service) sigue teniendo una grave escasez de matronas, y muchos servicios sufren la falta de personal. Algunos incluso han tenido que cerrar temporalmente debido a la falta de personal.

El RCM dice que los recortes de financiación y las congelaciones de contrataciones han atado las manos de los directores de partería, que están desesperados por conseguir personal, pero no pueden contratar a ninguna partera ni a tantas como necesitan.

Al instar a los gobiernos de los cuatro países a tomar medidas urgentes, el RCM afirma que esta creciente crisis se debe a una clara incapacidad para alinear la planificación de la fuerza laboral con la realidad de las necesidades de cuidado de las mujeres y las familias. Si bien gobiernos anteriores han buscado aumentar el número de estudiantes, reconociendo la necesidad de más matronas, este aumento tan necesario no se ha tenido en cuenta en la dotación de personal requerida para los servicios de maternidad.

Al respecto, la directora de Partería del RCM, Fiona Gibb, dijo:

"Informe tras informe cita la falta de personal como un factor que dificulta la prestación de una atención segura, y las matronas nos comentan constantemente que hay muy pocas para brindar la mejor atención que saben que pueden. También escuchamos de primera mano de mujeres cómo el personal, sobrecargado, lucha por atenderlas en las concurridas salas de maternidad. A pesar de esto, las graduadas en partería se enfrentan a la incertidumbre, con muy pocas vacantes para que puedan empezar a trabajar tras obtener su titulación. Es increíble que, a pesar de que el Gobierno de Westminster reconoce la necesidad de aumentar las plazas para estudiantes, las nuevas matronas que ya están preparadas se encuentren con que simplemente no hay trabajo. Sabemos que necesitamos más matronas, lo reconocen ampliamente incluso los políticos, pero ha habido una clara falla en la alineación de la planificación de la fuerza laboral con el tan necesario aumento.

Muchos estudiantes miembros que hablaron con el RCM sobre sus preocupaciones mencionaron la deuda que habían acumulado para formarse como matronas y tenían preocupación por cómo pagarían sus préstamos sin trabajo después de la calificación, mientras que los fideicomisos les han dicho a muchos que la falta de trabajo se debe a la falta de fondos para los puestos".

Fuente: Royal College of Midwives

**MATRONAS:
LAS MÁS EMPÁTICAS Y
MENOS ALINEADAS
CON MODELOS
JERÁRQUICOS, EN EL
MARCO DE
PROFESIONALES DE LA
SALUD**



Se acaba de publicar, en la prensa médica, un artículo de la Universidad alemana Martin Luther de Halle-Wittenberg que, desde el título no deja indiferente: **Hierarchy hurts: a comparative cross-sectional analysis of empathy and its determinants in medical, midwifery, and nursing students** (La jerarquía duele: un análisis transversal comparativo de la empatía y sus determinantes en estudiantes de medicina, obstetricia y enfermería)

La empatía en la atención al paciente se ha definido de diversas maneras. En este estudio, adoptan la definición de Hojat et al. como un «atributo predominantemente cognitivo» que implica comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de los pacientes, comunicar esta comprensión y tener el deseo de ayudar. Esta empatía cognitiva se centra en el razonamiento y la evaluación y es un acto consciente influenciado por los antecedentes personales, el aprendizaje y las experiencias educativas.

La empatía impacta significativamente la prestación de servicios de salud, mejorando la competencia clínica de los médicos, la precisión diagnóstica, la fidelidad de los pacientes, la alfabetización en salud, la calidad de vida y un amplio espectro de resultados clínicos, mientras que también reduce el agotamiento de los proveedores de atención médica y las demandas por mala praxis.

En partería, mejora la experiencia de parto de las mujeres y en enfermería, aumenta la satisfacción del paciente y el bienestar.

En consecuencia, la empatía se considera una habilidad central para los proveedores de atención médica, con un reconocimiento creciente en los últimos años. Sin embargo, muchos estudios revelan que la empatía tiende a disminuir a medida que los estudiantes de atención médica avanzan en su capacitación.

La empatía, como atributo cognitivo e “intelectual”, es una habilidad adaptativa y enseñable, y cada vez está más integrada en los planes de estudio de medicina, enfermería y obstetricia en todo el mundo. Para mejorar la eficacia de estos programas, es necesario aclarar mejor los parámetros que afectan la empatía en los estudiantes de atención médica.

Relación médico-paciente

La relación entre el paciente y el profesional de la salud está inevitablemente determinada por asimetrías de poder, que pueden complicar el compromiso empático. Sin embargo, rara vez se considera una preferencia por las jerarquías y la desigualdad en los análisis de la empatía dentro del campo médico, a pesar de que puede influir significativamente en cómo se valora y se expresa la empatía en la educación y la práctica clínicas. Históricamente, los profesionales de la salud, en particular los médicos, tenían una autoridad sustancial debido a su experiencia médica exclusiva. A partir del concepto de autoridad de Weber, esto se tradujo tanto en autoridad tradicional, arraigada en prácticas establecidas desde hace mucho tiempo, como en autoridad carismática, derivada de sus habilidades especializadas y la capacidad de inspirar confianza en los pacientes. En los últimos años, la educación en salud ha promovido cada vez más modelos de toma de decisiones compartida, con el objetivo de reducir la dinámica jerárquica y fomentar una mayor participación del paciente, al tiempo que empodera a las enfermeras y parteras. Sin embargo, a pesar de estos cambios, las actitudes jerárquicas pueden persistir entre los estudiantes de salud. Hay investigaciones limitadas que exploran cómo tales actitudes podrían moldear la empatía de los estudiantes y, en consecuencia, la prestación de servicios de atención médica.

Orientación al dominio social

Para entender mejor estas perspectivas jerárquicas, el quipo de investigación del trabajo ha recurrido al concepto de Orientación a la Dominancia Social (ODS), un constructo que captura la preferencia de un individuo por las jerarquías grupales y la desigualdad social. Se ha demostrado sistemáticamente que la ODS está inversamente correlacionada con la empatía y la amabilidad en la población general. Por lo tanto, los individuos empáticos y agradables son menos propensos a la dominación y se preocupan más por el bienestar de los demás. Aquellos con baja amabilidad, a su vez, son más egoístas y de *"mentalidad dura"*, viendo el mundo como una *"jungla darwinista competitiva en la que la fuerza es la razón y ganar lo es todo"* y donde el camino al éxito es a través del poder y la dominación.

La atención empática como esfuerzo colaborativo

Si bien la atención empática es una responsabilidad compartida e interprofesional, a menudo se estudia dentro de cada profesión, pasando por alto los desafíos y oportunidades comunes. A pesar de sus diferentes trayectorias profesionales, los estudiantes de medicina, enfermería y obstetricia comparten recursos educativos y profesorado. Este estudio reconoce la atención al paciente como un esfuerzo colaborativo entre disciplinas, lo que proporciona una representación más precisa del entorno educativo. Desafortunadamente, pocos estudios se centran en estos temas, en particular en lo que respecta a los estudiantes de enfermería y obstetricia.

Pregunta de investigación

Este estudio explora los determinantes de la empatía entre estudiantes de salud de las disciplinas de medicina, enfermería y obstetricia en una misma institución. Específicamente, investiga cómo las actitudes jerárquicas, medidas a través de la Orientación a la Dominancia Social, se relacionan con los niveles de empatía profesional, una relación poco explorada en la formación sanitaria. Al incorporar también factores individuales, este estudio busca proporcionar una comprensión más matizada de cómo se manifiesta y varía la empatía entre los futuros profesionales de la salud.

El estudio comparó los niveles de empatía y jerarquización interna entre cuatro perfiles académicos: estudiantes de Medicina, Enfermería (Grado), Matronería (Grado) y un máster en Ciencias de la Salud.

Para ello utilizó, entre otros instrumentos, la Escala de Orientación hacia la Dominancia Social (SDO, por sus siglas en inglés), un índice que mide la afinidad de una persona con estructuras sociales jerarquizadas.

Las futuras enfermeras generalistas, sin especialidad, son el colectivo del ámbito sanitario con mayor orientación hacia la dominancia social, un indicador psicológico que refleja preferencia por las jerarquías y la desigualdad estructural.

Los resultados mostraron que las estudiantes de Enfermería obtuvieron una media de 7,67 puntos en la escala SDO, la más alta de todos los grupos analizados. En comparación, los estudiantes de Medicina marcaron una media de 6,88; los del máster, 6,60; y las estudiantes de Matronería, solo 6,46, el valor más bajo.

En contraposición, las estudiantes de matrona no solo fueron las que mostraron mayor empatía (según la escala JSE-HPS), sino también las menos alineadas con modelos jerárquicos. Una diferencia que, para los autores del trabajo, podría deberse al diseño formativo de estos programas y al grado de reconocimiento institucional percibido.

El artículo sugiere que la elevada orientación jerárquica en las estudiantes de Enfermería podría no reflejar una convicción personal, sino una respuesta adaptativa a un sistema donde su rol profesional todavía no está plenamente definido ni reconocido.

“Estos estudiantes pueden ser percibidos como intrusos por compañeros con formación vocacional y, al mismo tiempo, recibir poco reconocimiento por parte de los médicos”, explican los investigadores.

En ese contexto, una mayor afinidad con la jerarquía podría funcionar como un mecanismo defensivo o de búsqueda de estatus profesional, en un sistema que aún no les ofrece una diferenciación clara respecto a sus funciones o carrera laboral.

Por el contrario, el grado de matrona, de creación reciente en Alemania, presenta una estructura más estable y con tutorización intensiva, lo que favorece una actitud más crítica hacia las jerarquías y una percepción más autónoma del rol profesional.

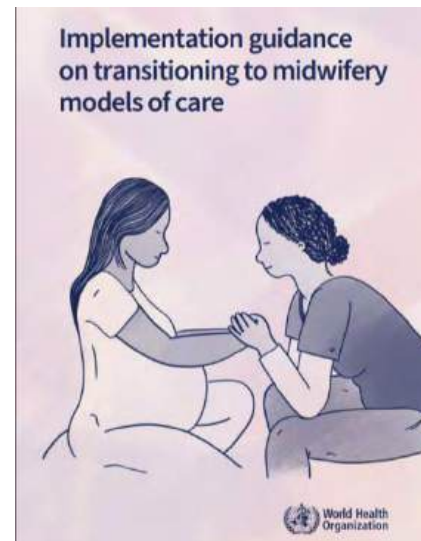
Fuente: BMC Medical Education/ Redacción Medica.

El artículo completo está disponible en:

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-025-07683-w>

LA OMS PIDE UNA EXPANSIÓN GLOBAL DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE PARTERÍA

Las Matronas de confianza son clave para salvar vidas, mejorar la salud y garantizar una atención respetuosa para las mujeres y los recién nacidos, afirma una nueva guía.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nueva guía para ayudar a los países a adoptar y ampliar los modelos de atención de partería, en los que las matronas actúan como principales proveedoras de atención para las mujeres y los bebés durante el embarazo, el parto y el período posnatal.

La guía promueve una comunicación sólida y una colaboración estrecha entre mujeres y matrona, y ofrece beneficios comprobados para la salud tanto de las mujeres como de sus bebés. Las mujeres que recibieron atención de matronas de confianza tienen estadísticamente más probabilidades de tener partos vaginales saludables y manifiestan una mayor satisfacción con los servicios recibidos, afirmó la Dra. Anshu Banerjee, Directora de Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente, y Envejecimiento de la OMS. ***“Estos enfoques mejoran los resultados, optimizan los recursos y pueden adaptarse a todos los países. Ampliar e invertir en modelos de atención de partería es una de las estrategias más eficaces para mejorar la salud materna y neonatal a nivel mundial”. Fundamentalmente, también mejoran la experiencia de atención de las mujeres y sus familias, forjando alianzas de confianza para la salud en esta etapa crucial de la vida”.***

Una solución probada y rentable

A pesar de los avances, las tasas de mortalidad materna y neonatal siguen siendo inaceptablemente altas, especialmente en entornos de bajos ingresos y frágiles. Modelos recientes sugieren que el acceso universal a matronas cualificadas podría prevenir más del 60 % de estas muertes, lo que representaría 4,3 millones de vidas salvadas anualmente para 2035.

Los modelos de atención de partería enfatizan la elección informada, así como la comunicación y las técnicas no invasivas (como la movilidad durante el parto, la guía respiratoria, diversas posiciones de parto y apoyo emocional) que buscan empoderar a las mujeres y reducir la probabilidad de procedimientos invasivos.

Los modelos de atención de partería también constituyen una respuesta importante a la creciente preocupación por la medicalización excesiva del parto. Si bien intervenciones médicas como las cesáreas, las inducciones y el uso de fórceps son esenciales y salvan vidas cuando están clínicamente indicadas, su uso rutinario o excesivo genera riesgos para la salud a corto y largo plazo. En algunos países, las tasas de cesáreas superan el 50%, lo que sugiere altas tasas de procedimientos médicamente innecesarios.

“Las matronas cualificadas ayudan a las mujeres a confiar en su cuerpo, sus capacidades y su atención”, afirmó Ulrika Rehnstrom Loi, experta en partería de la OMS y responsable técnica de la guía. ***“Por eso es tan importante invertir en modelos de atención de partería: no solo mejora la salud, sino que también crea un equipo de expertas capacitadas para brindar atención individuali-***

zada y respetuosa, garantizando que las mujeres participen constantemente en la toma de decisiones y tengan acceso a la información que necesitan, así como a un apoyo emocional vital”.

Herramientas prácticas para la implementación

La nueva guía proporciona herramientas prácticas y ejemplos reales para ayudar a los países a estructurar una transición hacia modelos de atención de partería. Como parte de este proceso, exige un firme compromiso político, planificación estratégica y financiación a largo plazo para su implementación, con partidas presupuestarias específicas. También destaca la importancia de una regulación y formación de partería de alta calidad, conforme a los estándares internacionales, que apoye una práctica autónoma y basada en la evidencia.

La guía señala que una implementación exitosa requiere una sólida colaboración. Las matronas deben estar capacitadas para trabajar de forma independiente, a la vez que se integran en equipos de atención médica más amplios junto con médicos y enfermeras. En caso de complicaciones, las matronas deben poder colaborar con estos otros profesionales para garantizar una atención multidisciplinaria de calidad para cada mujer y bebé.

Un imperativo global

A nivel mundial, millones de mujeres siguen dando a luz sin la presencia de un profesional sanitario cualificado, y un tercio no recibe ni siquiera cuatro de los ocho controles de embarazo recomendados por la OMS. Los avances en la reducción de la mortalidad materna y neonatal se han estancado en gran medida desde 2016.

“Los modelos de atención de partería no son solo soluciones inteligentes, sino una necesidad”, afirmó Anna Ugglas, directora ejecutiva de la Confederación Internacional de Matronas, entidad que apoyó el desarrollo de la guía. ***“En un mundo donde el parto está cada vez más medicalizado, estos modelos ofrecen un enfoque centrado en la persona y basado en la evidencia que respeta el proceso fisiológico del nacimiento, devuelve la dignidad y la autonomía a la atención materna y ayuda a garantizar la seguridad de las mujeres y los recién nacidos en todo el mundo”.***

La guía describe varios modelos adaptables de atención de partería, entre ellos:

- **Continuidad de la atención**, donde las mujeres reciben el apoyo de una partera conocida, o un pequeño equipo de matronas, durante todo el embarazo, el parto y el período posnatal.
- **Centros de maternidad dirigidos por matronas**: instalaciones especializadas donde las matronas brindan atención durante el parto a mujeres con bajo riesgo de complicaciones. En ocasiones, ofrecen otros servicios, como atención prenatal y posnatal o planificación familiar.
- **Enfoques comunitarios** en los que las matronas prestan servicios directamente en las comunidades, por ejemplo, a través de unidades móviles o centros de salud locales.
- **Práctica privada**, donde las matronas privadas operan de forma independiente o a través de organizaciones. Para ser eficaces, estos servicios deben estar regulados e integrados en los sistemas nacionales de salud.

Guía completa disponible (solo inglés) en:

<https://iris.who.int/handle/10665/381641>

Fuente: OMS.

LA FORMACIÓN CONTINUADA DEBE SER UN COMPROMISO
ÉTICO PARA TODOS LOS PROFESIONALES



**PROGRAMA DE
DONACIÓN ALTRUISTA
DE SANGRE DE
CORDÓN UMBILICAL
(BANCOS PÚBLICOS)**



**CURSO E-LEARNING DE FORMACIÓN PARA
PROFESIONALES DEL BANCO PÚBLICO**

DIRECTORES DEL CURSO:

Dr. Jesús Fernández Sojo / Sra. Elisenda Farssac

INSCRIPCIÓN: A través de la web www.cursocordon.es

INICIO: A partir del 13/1/2025 y a lo largo de todo el año

DURACIÓN: Curso online de 7 horas de duración

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 4 semanas desde la inscripción

MÁS INFORMACIÓN: info@cursocordon.com





Objetivos del curso

Asegurando Calidad y Eficiencia en la Donación de Sangre de Cordón Umbilical

- Comprender el valor de la sangre de cordón umbilical y sus aplicaciones clínicas: Adquirir conocimientos fundamentales sobre qué es la sangre de cordón, el funcionamiento de un banco de cordón y las diversas aplicaciones clínicas que avala la evidencia científica actual.
- Capacitar en información veraz y en selección segura de donantes: Formar a los profesionales sanitarios para que puedan informar de manera amplia y precisa sobre la donación de sangre de cordón, sus aplicaciones clínicas e investigativas, seleccionar adecuadamente a posibles donantes, y obtener las unidades con los máximos estándares de seguridad y calidad, cumpliendo con los procedimientos establecidos.
- Dominar los estándares de calidad nacional e internacional: Familiarizar a los participantes con los requisitos de calidad de la Fundación CAT y FACT/NetCord, entendiendo la importancia de cumplir con todos los procedimientos, técnicas y registros para garantizar la calidad óptima de la sangre de cordón destinada a futuros tratamientos.
- Asegurar la correcta manipulación y transporte: Capacitar a los profesionales en cada etapa posterior a la donación, incluyendo almacenamiento y transporte de la sangre de cordón desde su obtención hasta su llegada a los bancos, asegurando así la integridad del proceso y la efectividad en su uso terapéutico.

Metodología

- El curso es totalmente online, impartido a través de la plataforma formativa Moodle, y en formato compatible para poder realizarlo desde el ordenador y/o el móvil.
- Está disponible en 4 idiomas: castellano, catalán, gallego y euskera.
- La formación teórica completa, dispone de tres módulos con el contenido teórico desarrollado ampliamente. Cada módulo va acompañado de teoría, imágenes, vídeos y links a contenido externo de YouTube.
- A lo largo de los tres módulos hay cuestionarios de autoevaluación que ayudan al alumno a reconocer la adquisición de los objetivos y cada módulo finaliza con un vídeo donde se exponen de nuevo, todos los puntos importantes a consolidar.
- Al final del curso hay una prueba de evaluación que debe superarse para obtener el certificado.
- Para la capacitación continua anual se agrupan los cuatro vídeos con los puntos más importantes y se procede a elaborar un cuestionario como evaluación, como herramienta de verificación de conocimientos a realizar de forma anual.
- El curso tiene una duración aproximada de 7 horas de dedicación. Desde el momento de la inscripción el alumno/a dispone de un mes para finalizar el curso. Para obtener el certificado de acreditación será necesario visualizar todos los contenidos, completar los cuestionarios de autoevaluación, los cuestionarios de evaluación y las encuestas de satisfacción. Para obtener el certificado de aptitud, será necesario superar el cuestionario con una nota mínima de 7 (70% del curso)





- Existe la posibilidad de ampliación de la matrícula para poder finalizar el curso, contactando con la coordinación pedagógica info@cursocordon.es.
- También se dejará un espacio para recoger comentarios de opinión, que nos permitirán el análisis de las opiniones de los alumnos para poder tener en cuenta en la elaboración de la siguiente edición.

Contenidos

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN:

- Programa de donación de sangre de cordón
- Qué es un Banco de cordón
- Cómo funciona
- Personal responsable de la extracción: capacitación y formación
- Sangre de cordón.
- Qué es la SCU
- Qué ventajas tiene
- Como la obtenemos
- Variables de una buena recogida
- Aplicaciones de la sangre de cordón: colirios, geles, trasplante y transfusión, Donación dirigida, biobanco, terapias avanzadas
- Criterios de aceptación y procesamiento
- Donantes de sangre de cordón: criterios de inclusión de donantes.
- Vídeo resumen módulo 1

MÓDULO 2: DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN:

- Información de la donante: consentimiento. FAQs
- Kits de recogida de sangre de cordón:
- Contenido del kit
- Transporte. Almacenamiento. Distribución
- Técnica para la obtención
- Etiquetado
- Traslado de la donación a la nevera
- Biovigilancia y seguimiento de la salud de la donante y el bebé
- Carta de agradecimiento y encuesta de salud madre-hijo.
- Vídeo resumen módulo 2





MÓDULO 3: ALMACENAJE EN FRESCO Y TRANSPORTE DE LA SANGRE DE CORDÓN:

- Recepción y almacenamiento en fresco
- Parte documental
- Desviaciones
- Transporte y envío.
- Vídeo resumen módulo 3

MÓDULO DE CAPACITACIÓN: Acceso restringido

¿Eres personal de sala de partos?:

- Vídeo resumen de los puntos más importantes
- Procedimiento de información: qué es la SCU, para qué sirve, porque se necesita, porqué ser donante
- Procedimiento de donación: consentimiento informado a la donación y sus múltiples usos, inclusive las terapias avanzadas. Implementar el concepto de desarrollo de medicamentos
- Procedimiento de obtención: mejor donante, mejor cordón, asepsia, doble tubuladura, siempre doble colecta, trazabilidad, registro de datos
- Procedimiento de almacenamiento intermedio: dónde, porqué y cómo conservar hasta su envío al laboratorio del hospital
- Cuestionario de capacitación para sala de partos
- ¿Eres personal de laboratorio/almacenamiento?
- Video resumen de los puntos más importantes
- Procedimiento de recepción: registro, revisión de la muestra, revisión de la documentación
- Procedimiento de almacenamiento: conservación, activación transporte, preparación envío
- Cuestionario de capacitación para almacenaje

INFORMACIÓN/INSCRIPCIÓN:

www.cursocordon.es

ACREDITADO: 1,1 créditos



ENTREVISTA A ESPERANZA AGRAZ PATIÑO, UNA MATRONA INNOVADORA, ATREVIDA Y PIONERA EN EL TRABAJO DE LA CORRESPONSABILIDAD DE LOS HOMBRES EN LA CRIANZA.

Antes de empezar con la entrevista hay que mencionar que Esperanza fue coautora de uno de los lemas de la Asociación Española de Matronas. Fue una “maternidad compartida” del lema **“Tu salud es lo nuestro”** que sucedió en septiembre de 2009 cuando participábamos en la IV Edición del Salón Vivir 50 Plus en Madrid, organizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y la editorial BAYARD, que tuvieron 80 stands, entre los que se encontraba el de la Asociación Española de Matronas, mostrándoles las actividades y servicios dedicados a la menopausia prestados por las matronas, mediante un tríptico informativo editado para la ocasión y atendiendo cuantas consultas recibieron.

Muchas mujeres que visitaban nuestro stand se sorprendían gratamente de todas las actividades que realizábamos “fuera del paritorio”.

Nuestros otros lemas muy conocidos fueron:

“Ponga una Matrona en su vida” en 2004. Creado para la campaña de imagen de la AEM con más de 5000 farmacias implicadas en distribuir nuestro folleto informativo del perfil de la profesión de matrona.

“Donde haya una mujer, que requiera atención o cuidados, tiene que haber una matrona” 2008.

P. Esperanza, ¿Cómo llegaste a nuestra profesión?

R. *De una forma nada romántica, por eso me hace sonreír cuando las mujeres me dicen que se nota que lo mío es vocacional. Mi vocación era la independencia y seguridad económica, y hacer esta especialidad me daba cuatro puntos en un año para tener plaza fija de enfermera en el sistema público de salud; como te decía, una inmersión en la profesión nada romántica. Hice esta especialidad, como antes de ella hice la especialidad de enfermera en psiquiatría, la de empresa, incluso la de medicina tropical.*

En 1984 no había mucho trabajo en enfermería y mi primer contrato interino no llegó hasta 2 años después, con la especialidad ya comenzada, y fue una difícil decisión continuarla, ya que salir de trabajar a las 22 h. en el Hospital 12 Octubre y entrar en el Hospital Santa Cristina a las 21 h. era algo que requería hacer muchos malabarismos. Solo la deferencia de mi supervisor y mis compañeras de la planta 12, Monse y Cristina, lo hicieron posible.



P. Sorprende más que desde ahí, ese camino tan indirecto hayas mostrado tanto entusiasmo y lucha en nuestra profesión.

R. Sí, pero ciertamente, son muchos los caminos para llegar a Roma. Una vez conseguida la plaza de enfermera en el Hospital de Toledo, pasaban los meses y no encontraba la plenitud que esperaba después de tanto esfuerzo. Ese vacío me llevó a la Atención Primaria, allá en 1989, cuando todo estaba por hacer. Para mí fue muy importante trabajar de enfermera en un Centro de Salud que se abría con profesionales sanitarios procedentes del medio hospital y del medio rural; una mezcla con muchas aristas que pulir para trabajar juntos.

P. Pero la figura de la Matrona en los centros de salud, tal y como la conocemos ahora, no se contempló hasta 1991

R. Esa fue una de mis suertes, tras dos años de mucha formación, en qué era esto de la Atención Primaria, me ofrecieron pasar a trabajar de matrona, y no lo dudé; veía muy claro la amplitud e independencia de nuestra figura junto a médicos y enfermeras, en la atención a la mujer en su barrio, en su terreno, allí donde ella es la dueña y señora, a diferencia del hospital, donde las mujeres llegan empujadas e indefensas, para que hagamos con ellas, por ellas, pero sin ellas.

P. ¿Siempre has trabajado en Atención Primaria?

R. Si, tras mi primera experiencia con una comisión de servicios en Toledo, me trasladé a Madrid con la plaza fija que conseguí en el primer concurso-oposición en 1996. Como matrona en hospital solo trabajé los meses de verano de dos años, como una forma de afianzar conocimientos. Llegué al Centro de Salud Ciudad San Pablo en Coslada, en el que llevo 29 años, y a cuyo personal siempre he considerado mi familia, algo que no es tan común y que yo he disfrutado desde el primer día.

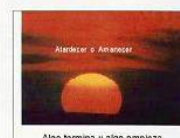
Las personas han ido cambiando, pero el espíritu del centro se ha mantenido, por lo que ir al Centro de Salud era mucho más que ir a trabajar.

Otra de las cosas que he tenido la suerte de tener fue que su Coordinador, Francisco Sáez, quería una matrona no compartida con otros centros. Gracias a disponer de todo el tiempo para esta población pude desarrollar todas las competencias de mi profesión sin tener necesidad de priorizar, como les ha pasado a muchas compañeras, que no han tenido más remedio que limitar su atención a la Preparación para el Parto y la Atención a Embarazadas y Puérperas. Yo tuve la suerte de poder atender muchas mujeres con demandas ginecológicas y hacer Grupos de Mujeres en edad climatérica. Con estas mujeres tuve una gran enseñanza de superación en la cotidianidad de sus vidas.

Exposición de la FOTOPALABRA de los Grupos de EpS en la MENOPAUSIA

Así se vive

Elevar el nivel de salud de la población es el fin último de toda organización sanitaria y la eficacia de sus intervenciones mejora sustancialmente cuando el servicio está legitimado socialmente, según una ponencia sobre una experiencia de Educación para la Salud en la Comunidad y Participación Comunitaria elaborada por Esperanza Agraz Patiño. La diversidad social que en la actualidad existe en toda comunidad, exige articular mecanismos diversos para que las relaciones entre los Centros de Salud y la población a la que presta sus servicios sean lo más fluidas posible. Mecanismos que vayan de lo individual a lo colectivo, de lo formal a lo informal. La Menopausia en la sociedad actual está siendo ridiculizada y menospreciada cuando se asocia juventud y belleza física a éxito y salud. No menos daño hace transmitir la idea de que la única razón social de la existencia de la mujer es la de ser madre. El Climaterio se convierte así en el declive y final de su relevancia social, algo diametralmente opuesto al sentir de muchas mujeres en esta etapa de sus vidas.





Una de las técnicas de exploración en aula, la **fotopalabra**, fue tan enriquecedora, que se convirtió en una exposición en el Centro de Salud en el año 2001, con la colaboración del Ayuntamiento de Coslada. Y que en 2003 recibió el reconocimiento a la mejor comunicación en el Congreso Nacional de Matronas que se celebró en Santander.

P. El Ayuntamiento de Coslada, en 2023 te dio la conmemoración “El Árbol de la Igualdad” por tu labor en beneficio de este municipio. ¿Cómo fue?

R: Sí, fue muy emocionante verme allí rodeada de otras mujeres y entidades relevantes de la comunidad igualmente homenajeadas. Y algo mucho más halagador fue que en este reconocimiento, según me dijeron después, había tenido mucho peso el trabajo con la paternidad. Fueron muchos los hombres que desde 1997 han asistido a las sesiones de “Solo para hombres”.



P. En esto de que las matronas trabajemos con los hombres has sido pionera y no siempre bien comprendida. ¿Te apoyaron?

R: Sí, así es, muchas compañeras nunca se han planteado que la falta de corresponsabilidad en los cuidados sea un riesgo para la salud de las mujeres, sí, es una pena que este trabajo se revista de ideología, porque eso ciega a muchas compañeras, y no viendo las repercusiones en la salud de las mujeres no se puede entender esta actividad. El programa está en la plataforma de Educación para la Salud desde que ésta existe en Intranet en 2012 como “... ante su inminente paternidad”. Se puede encontrar en la Biblioteca del Centro de Salud Ciudad San Pablo.

Sin embargo, han sido muchas las matronas que les ha gustado la idea y han impulsado la asistencia, sin ellas esta actividad no tiene recorrido. Mi mayor reconocimiento es para M^a Paz Gómez Ruiz, gracias a ella la actividad tuvo un éxito fenomenal mientras ella trabajaba en Coslada. Después el éxito pasó al C.S Legazpi gracias a Adela Izquierdo González y Lola Noceco Paredes.

En la actualidad es Adela quien ofrece estas sesiones en el C.S Aquitania para toda la Comunidad de Madrid.





P. Es un gran reconocimiento a tu trabajo que otras compañeras sigan impulsándolo. ¿Te sientes orgullosa por esto?

R. Es una de mis mayores satisfacciones profesionales. Nunca llegaré a poder transmitir suficientemente mi gratitud a Raquel Ortega Pineda y a Santiago Moreno Larriba que han continuado formando a matronas para que la salud de las mujeres sea protegida también desde este ámbito de la corresponsabilidad en la crianza. También es para mí muy grato saber que son muchas las compañeras que trabajan la corresponsabilidad de la pareja, en las clases mixtas, y de forma transversal en todas las sesiones.



Niños jugando con muñecas



P. ¿Has sido formadora de personal sanitario y, sobre todo, matronas en la Atención a la Mujer que sufre Violencia de Género, durante más de 10 años?

R: También fue esa, una de las facetas de mi trabajo a la que llegué sin ninguna vocación. La primera vez que oí hablar de esto fue en 1998 en un curso que impartía Luis Bonino en el Hospital Niño Jesús, y que denominaron **“La Violencia de los Hombres contra las Mujeres”**. Recuerdo decirle al Coordinador de mi centro de salud: **“me van a oír, como si no hubiera violencia de las mujeres hacia los hombres, voy a pagar las 5.000 pesetas que cuesta este curso, para que me oigan”...** y ya lo creo que me oyeron, pero sobre todo me callaron con argumentos con los que vi con claridad lo equivocada que estaba; es muy difícil visibilizar sutilezas en el trato diario en las relaciones de pareja que dañan la salud de las mujeres, y empezando por la sobrecarga de los cuidados; con eso de que cuidar es parte de la identidad de ser mujer.

Fue en 2006 cuando ofrecieron un curso de 3 meses para formarse para formar. Ya llevaba varios años dando las sesiones con los hombres, y sentía que necesitaba estrategias para poder enfocar estas sesiones como una forma de prevención. El tiempo ha venido a decirnos que cuando los hombres son cuidadores, es mucho más difícil que tengan actitudes de abuso, y la inminente paternidad, pone a los hombres en una actitud de escucha que no se encuentra en otros momentos de su vida, así que no había que dejar pasar esta oportunidad para que los hombres renuncien a sus privilegios de ser cuidados.



P. Me resulta curioso esos orígenes, siempre me pareció que eras feminista “de cuna”.

R. No, que va, o sí, ahora que lo pienso. Cuando fui a este curso yo decía que “**no era feminista, que era igualista**”, así, haciendo gala de mi torpeza y mi ignorancia. Mis padres tenían un bar, un negocio familiar, y yo necesitaba que ellos vieran que yo era el mejor camarero, y que ser mujer no me obligaba a tener que estar en la cocina. El hecho de que esta profesión es temporal, que todos los veranos los camareros eran nuevos, y yo estaba todos los años, les convenció; ahora veo que fue esa mi primera lucha como feminista, aunque no hubiera oído hablar de este movimiento social.

P. ¿Crees que esos orígenes han influido en ser la matrona que eres?

R. Sobre todo la actitud de servicio. Servir, para mucha gente, ha tenido siempre una connotación peyorativa y eso nunca fue mi realidad. Estar al servicio del bienestar y disfrute de los clientes ha sido para mi familia una profesión muy dignificante..... Un día me recordaste que en una jornada de climaterio lancé el slogan, dirigido a las mujeres, que decía “**Tu salud es lo nuestro**”; quizás procedía de este bagaje familiar.



MÁS CORAZÓN

Es una campaña de intervención comunitaria realizada en el Centro de Salud Ciudad San Pablo de Coslada, con la colaboración de Tabacalera de Madrid, para concienciar sobre la violencia de género en el ámbito de la salud.

Se trata de un mural participativo compuesto de electrocardiogramas a diferentes ritmos que reflejan como la violencia que está tan presente y oculta a la vez, unido a un diálogo deconstruido para la reflexión personal y comunitaria.

Exposición: Del 25 de noviembre al 23 de diciembre de 2018.
Centro de Salud San Pablo (Coslada).





P. ¿Te recuerdo en muchos foros con una defensa de la mujer, y de nuestra profesión, muy confrontativa, de frente, eso, supongo que no te ha debido de abrir muchas puertas?

R. Si, así es, es una parte de mi carácter que me ha cerrado muchas puertas, pero algunas de ellas la honestidad me las ha abierto, por eso me he sentido querida y apreciada por mucha gente que de entrada se asustaban ante mi vehemencia. Recuerdo una jornada de ginecología en el Hospital de Toledo en la que solo había médicos de hospital y dos matronas de Centros de Salud, y de repente entendí que allí no se estaba hablando de las mujeres sino de unas vaginas y unos úteros, que ellas les traían para que ellos se vanagloriaran de sus técnicas quirúrgicas. Fue la primera vez que tomé conciencia del daño que estábamos haciéndoles a las mujeres con esa cosificación, con despersonalizarlas. Y de eso hace más de 30 años, y no hace tantos años que “se consiente” hablar de violencia obstétrica, y con poco aplauso fuera de nuestro ámbito.

P. Resulta difícil hablar de violencia en un contexto de maternidad, casi que solo pronunciarla ya hace daño.

R. Si, desde luego, en todos los ámbitos, pero más en un momento en el que socialmente existe la deseabilidad de felicidad. Pero las matronas sabemos que la alegría no viene sola con una criatura recién nacida a la que cuidar, que el miedo y la tristeza, hacen entrada mucho más de lo que las mujeres esperan; y la rabia, esa emoción que nos da un extra de energía para quitar de en medio muchos obstáculos en nuestro camino, es una emoción poco consentida a una madre.

Las emociones, que vienen con ser mamíferos, mucho antes que ser racionales, no se les da la entidad de supervivencia que ofrecen, y no darles este aprecio lleva a muchas mujeres a no disfrutar de su maternidad, simple y llanamente, por falta de escucha del propio cuerpo. Las violencias que sufren las mujeres se suelen detectar por las consecuencias en la salud de las mujeres, no en las confidencias ni relatos que nos pueden traer a la consulta, y es nuestra labor, que las mujeres sean capaces de hacer esa asociación para que pueda plantearse un cambio en su vida que mejore su salud y bienestar.

P. Sois muchas las matronas que os habéis sumergido en estudios para ver más allá, para profundizar en temas que, quizás en la formación de matronas, se quedan apenas pincelados.

*R. Son muchas las ocasiones que la escucha de las mujeres te lleva a buscar respuestas que no encuentras en lo sanitario; cuando entendí que nuestra profesión tenía mucho más campo de trabajo en lo psicosocial que en el biológico, empecé a estudiar Sociología, pero tras concluir el segundo año me faltaba concreción, así que lo dejé para hacer el Master de Sexología en Incisex. Allí tuve el privilegio de conocer a Efigenio Amezáua, y de todas sus enseñanzas me quedé fundamentalmente con dos premisas que no he dejado de tener presentes en todo mi quehacer profesional; una, “**dejemos de atender lo urgente para atender lo importante**”, y dos, “**no respondemos a preguntas, atendemos a las personas**”, lo que viene a decir, que la urgencia por dar respuestas nos impide ver lo importante que es que la mujer nos haga esa pregunta y no otra; en definitiva, que favorecer la autonomía de la mujer para decidir qué es lo mejor para su vida, es más importante que el que salga de la consulta con una “receta” para su vida.*

También a nivel personal fue una gran suerte estar en estos estudios cuando me diagnosticaron un cáncer de mama que precisaba mastectomía. Aquí lo urgente era salvar mi vida, pero para mí lo importante era no perder calidad de vida, y para ello tuve que cambiarme dos veces de hospital, para salir del quirófano con la reconstrucción mamaria.



En esta experiencia entendí cómo la sexualidad en la mujer no solo se ningunea, sino que se desprecia, que hablar de sentir placer es frivolidad. Este duelo lo mantuve desde esta lucha y cuando vi mi cuerpo en la pantalla del Congreso de Sexología de Valladolid en 2011, recibiendo el primer premio de fotografía erótica, pude descansar.



P. ¿Cuál es tu opinión sobre las unidades docentes?

R. *Mi opinión no tiene valor. Hace tiempo que no tengo residentes de matrona. Tristemente el centro de salud donde tengo mi plaza sufrió un cambio poblacional que llevó a no tener tanto trabajo como para asegurarles la formación. Se intentó que vinieron una sola semana mientras estaban en otro centro para ver mi enfoque de trabajo, pero no se pudo mantener. Fue una gran pérdida, las nuevas generaciones siempre han sido para mí un gran aliciente laboral. Lo que de entonces recuerdo es que estaban poco tiempo en primaria y que eran pocas las que apostaban por este puesto de trabajo por delante del hospitalario. Quizás eso ha cambiado desde entonces, pero llegar a la Atención Primaria después de haberse quemado en la hospitalaria no me parece la mejor forma. Cuando he visto a compañeras jóvenes en las reuniones de matronas de Atención Primaria, me da mucha tranquilidad.*

P. ¿Cómo sientes el futuro de nuestra profesión?

R. *Me va a costar ser optimista, y nada desearía más que equivocarme. Las matronas trabajamos desde la salud, casi siempre, y no desde la enfermedad, y la prevención y promoción de la salud no ha encontrado indicadores objetivables con los que defenderla en cortos periodos políticos en los que se buscan resultados visibles a bajo coste.*

Es muy triste que lo económico esté por encima de las necesidades humanas; sabemos que los recursos son finitos y los deseos infinitos, sabemos no confundir deseos con necesidades, eso supone un gran ejercicio de decodificación de la demanda, para lo cual nuestra única herramienta es la entrevista clínica, y no los datos analíticos ni ecográficos.



P. ¿Cuál sería tu propuesta?

R. La reflexión, trabajar en presencia y en conciencia, lo mismo que cuando tienes que cuidar, a una recién nacida o a una anciana, sin olvidar que el vínculo es lo que lleva a sanar; y en caso de un ser humano recién nacido a poder desarrollar todas sus potencialidades. La evolución humana apostó por que la “gestación” fuera más allá del útero, dándole a lo social y lo relacional tanta relevancia como a lo biológico.

Por ejemplo, hablar en los grupos de Preparación para el Nacimiento y la Crianza de Lactancia Materna y Puerperio, antes de los Cuidados de Recién Nacido, no va en esta línea porque ¿A quién vas a dar el pecho? ¿En base a qué vas a vivir los próximos meses? Yo no tengo ninguna duda de que es en base a “lo que tengo entre manos”, es decir, a mi hija, a mi hijo, un ser humano recién nacido, que no es un extraterrestre, que va a tener las mismas necesidades que todo ser humano, o sea, las mismas necesidades que tienes tú, y si eso no lo tienes claro, la lactancia materna tiene muchos visos de ser un suplicio; y las emociones, y tus relaciones familiares, un caldo de cultivo donde crecerán encuentros y desencuentros que harán tus primeras vivencias con la maternidad algo a recordar o a querer olvidar. Algo tan simple como el orden en que se traten los temas no es algo baladí. Tras el parto, o mejor incluso antes del embarazo, las madres, los padres, tendrían que saber que van a tener entre manos, algo que no es un juguete con el que divertirse y aparcarlo en la estantería cuando me canso o tengo otras cosas que hacer; por que no es un “algo”, es un “alguien”.

Pretender que en 6 sesiones de hora y media se hable de todo esto, no es dar valor a los conocimientos de Educación para la Salud; las sesiones que damos las matronas en un curso no pueden ser clases magistrales, tienen que ir a las creencias y no a los conocimientos, y las creencias no se cambian con ideas.



P. ¿Crees que el hecho de que nuestra formación fuera una carrera independiente de enfermería facilitaría este enfoque profesional?

R: Siempre he dicho que yo soy la matrona que soy, por la enfermera que fui. Mi experiencia es que siendo enfermera aprendí toda la Educación para la Salud, tanto en grupo como en consulta, pero eso fue en aquellos entonces que estaba todo por hacer. Después he visto que la enfermería no ha seguido esta línea, son muy pocas las actividades de Educación para la Salud en grupos en los Centros de Salud. Quizás si nuestra carrera fuera independiente, al ser la Preparación para el Nacimiento y la Crianza una actividad que no puede hacerse de otra forma que, en grupos, las matronas tendríamos formación más específica en Promoción para la Salud, en Prevención Primaria, en técnicas grupales, en entrevistas motivacionales. Lo psicosocial parece muy abstracto pero la Teoría de Apego, le da mucha concreción, y su trascendencia es tan demoledora en la Salud Mental, que las matronas no podemos no estar con las mujeres en sus dificultades de relación con su bebé, con sus parejas, con sus familiares, con su comunidad, viendo tantas decepciones con la maternidad fruto del cansancio y la crianza en soledad; porque no es un cansancio fruto de ser “flojas” sino de estar sobrecargadas, de ser abusadas en su disposición al cuidado, con una carga mental que quita la energía para poder dedicarla a sí mismas, a su tiempo personal, a su autocuidado.

Que las matronas tomemos más conciencia del valor del acompañamiento, de que la escucha activa, es en sí misma, es una actividad terapéutica, es algo que quizás tenga más posibilidades de desarrollo en la carrera independiente junto a los conocimientos propios de nuestra profesión, que siendo tratadas estas técnicas en los estudios de enfermería, años antes de llegar a estos conocimientos propios de la matronería.



P. ¿Tu balance de todos estos años de profesión es positivo?

R. *Si, claro, muy positivo, me resulta muy difícil imaginar mi jubilación sin tantas satisfacciones personales como me ha dado mi profesión; es mi principal reto personal en la actualidad; soltar las riendas para que las nuevas generaciones de matronas hagan su futuro y encontrar nuevos alicientes vitales que me permitan disfrutar de mi tiempo a plena disposición para otras actividades, a las que le tengo ganas, pero no por ello obvio que echaré mucho de menos, tantos buenos ratos en la consulta, en los grupos y con mi compañeras de trabajo.*

Querida Esperanza, ha sido un placer compartir este tiempo contigo. En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte que nos hayas concedido esta entrevista y por todo lo has aportado a la profesión.

Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas personas, profesionales del cuidado, que forman o han formado parte de la historia, en tu caso, por tu tenacidad al emprender acciones nuevas buscando mejorar la vida de las mujeres.

Redacción





**II CONGRESO
ASOCIACIÓN DE
MATRONAS DE EUSKADI**

**XXIII CONGRESO
FEDERACIÓN DE
ASOCIACIONES DE
MATRONAS DE ESPAÑA**

**23,24 y 25
OCTUBRE
2025**

**PALACIO DE
CONGRESOS
Y AUDITORIO
KURSAAL**

**DONOSTIA /
SAN SEBASTIÁN**

www.congresoame2025.com



**Asociación de
Matronas de Euskadi
Euskadiko Emaginen
Elkartea**



<https://www.congresoame2025.com/>



“Un millón de Matronas más”

INSCRIPCIÓN	Del 26/03/25 Al 03/03/2026	Del 04/03/2026 Al 26/05/2026	Del 27/05/2026 Al 18/06/2026
Delegada/Matrona*	840 €	940 €	990 €
Matrona/Delegada Por ingresos país ** EVD (En vías de desarrollo)	630 €	700 €	740 €
Matrona recién titulada***	700 €	800 €	850 €
Matrona recién calificada/por ingresos**	520 €	600 €	640 €
Estudiante de matrona****	400 €	500 €	550 €
Acompañante	210 €		

Las cuotas de inscripción incluyen:

Entrada a todas las Sesiones Científicas y a la Exposición
 Libro de Programa del Congreso
 Descarga de libro de Abstracts
 Bolsa de congreso
 Paquete de hospitalidad (Coffee Breaks y Almuerzos, Recepción de Bienvenida, Ceremonia de Apertura)

La tarifa del acompañante incluye:

Asistencia a la ceremonia de apertura y recepción de bienvenida
 Pausas para el café y almuerzos
 Zona de exposición

NO incluye la asistencia a ninguna de las conferencias

Política de cancelación:

Hasta el 31 de diciembre de 2025, se deducirá una tarifa administrativa de 50 EUR de todos los reembolsos.
 Desde el 1 de enero de 2026 hasta el 10 de marzo de 2026, se aplicará una tarifa de cancelación del 50%.
 Desde el 11 de marzo de 2026 hasta el 13 de abril de 2026, se aplicará una tarifa de cancelación del 70%.
 A partir del 14 de abril de 2026 se aplicará el 100% de la tasa de cancelación.





“Un millón de **Matronas** más”

El tema que impulsa el 34º Congreso Trienal de la ICM

El tema del 34º Congreso Trienal de la ICM, *“Un millón más de matronas”*, refleja la necesidad urgente de al menos un millón de matronas adicionales a nivel mundial para satisfacer las necesidades de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SRMNA) de las mujeres y las personas de género diverso. Utilizando datos de 2019, el último Informe sobre el Estado de la Partería en el Mundo estimó una escasez mundial de 900.000 matronas. En el período posterior a la pandemia, este número es ciertamente mayor. **La evidencia muestra que con al menos 900,000 matronas más, podríamos prevenir el 67% de las muertes maternas, el 64% de las muertes de recién nacidos y el 65% de los mortinatos anualmente, salvando hasta 4.3 millones de vidas cada año para 2035.**

Las matronas son fundamentales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y abordar las inequidades críticas en materia de salud. Sin embargo, el mundo está lejos de tener la fuerza laboral de partería que necesita.

El 34º Congreso Trienal de la ICM en Lisboa, Portugal, es un momento crucial para que las matronas, las asociaciones de matronas y los socios se reúnan para discutir formas de abordar este desafío a nivel nacional, regional y mundial. A través de sesiones magistrales, paneles, talleres y oportunidades para establecer contactos, las matronas se involucrarán con temas críticos, así como compartirán conocimientos y avances globales en investigación, educación, regulación y práctica que beneficiarán a la partería y la atención de SRMNAH (Salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente). El Congreso también proporcionará una plataforma para que las asociaciones de matronas y las matronas aprendan, colaboren y encuentren formas de abogar por los recursos y el reconocimiento necesarios para garantizar que el mundo tenga un millón de matronas más.

La historia detrás de la marca del Congreso

La marca del 34º Congreso Trienal de la ICM está inspirada en los icónicos azulejos de Portugal, una parte vibrante de la historia y la cultura del país. Estos azulejos decorativos, que se encuentran en los edificios de Lisboa, son más que una forma de decorar edificios: durante siglos, se han utilizado para capturar la historia, los valores y la identidad.

Al igual que los azulejos visualizan diferentes partes de la cultura portuguesa, nuestros azulejos del Congreso representan diferentes aspectos de la partería. Algunos azulejos presentan símbolos del trabajo o las herramientas de las matronas, y la relación de las matronas con las mujeres, mientras que otros muestran rostros que reflejan la diversidad de la fuerza laboral de partería. Juntos, dan vida al lema del Congreso: **Un millón de matronas más**. Al igual que los azulejos se unen para crear una imagen más fuerte y más grande, cada matrona tiene un papel en la creación de una profesión más fuerte y vital. A medida que trabajamos hacia el ambicioso objetivo de garantizar un millón de matronas más en todo el mundo, nuestra marca del Congreso sirve como un recordatorio visual de la acción colectiva necesaria para lograrlo, pieza por pieza, matrona por matrona.

Hemos utilizado colores brillantes y atrevidos, incluidos los comúnmente asociados con Lisboa, para crear un diseño dinámico y significativo. Te invitamos a explorar los detalles de cada azulejo y descubrir los elementos ocultos: pinards, manos, piscinas y taburetes de parto, bebés, anticonceptivos y más, que reflejan la fuerza, la habilidad y el impacto de las matronas en todas partes del mundo.

<https://www.midwives2026.org/>

BREVES

Directores del Curso:

Dr. Miguel Ángel Huertas Fernández.
Jefe de Servicio de
Obstetricia y Ginecología Hospital
Universitario de Getafe
Dr. Santiago Lizárraga. Jefe Servicio
Ginecología Hospital Universitario
Gregorio Marañón

Comité Científico y Organizador:

Dr. Miguel Ángel Huertas.
Dr. Santiago Lizárraga.
Comité científico y Ponentes:
Dr. Miguel Ángel Huertas. Hospital
Universitario de Getafe
Dr. Santiago Lizárraga. Hospital
Universitario Gregorio Marañón
Dr. Rosado. Hospital Universitario de
Getafe
Dra. Raquel Ramos Triviño. Hospital
Universitario Guadalajara
Dra. Mapi Cano Facenda. Hospital
Universitario Santa Cristina
Dra. Meritxell Munmany. Hospital
Clinic Barcelona
Dr. Enrique Moratalla Bartolomé.
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dra. Carmen Hernández. Hospital
Universitario de Getafe
Dra. Belén Martín. Hospital
Universitario de Getafe
Dña Cristina González Hernández.
Presidenta Asoc. Matronas Madrid
Dra. Rosario Sánchez Garzón.
Asociación Española de Matronas
Dra. Sonia Díaz. Hospital Universitario
de Getafe
Dra. Teresa Muñoz. Hospital
Universitario de Getafe

SECRETARIA TÉCNICA: Tomeu Segrera
Santa Engracia, 158. 28003 Madrid
Teléf. 913641146

Tomeu.sagreda@azulmarino.com

SECRETARIA CIENTIFICA: Pepe Farma
José Nuño. Telf.639130067
pepe@farma.com

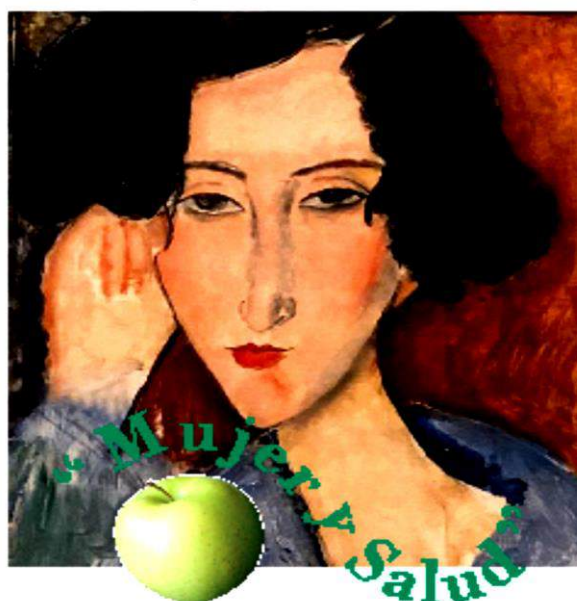
COLABORAN:

Asociación Española de Matronas
Asociación de Matronas de Madrid



AULA MAGNA Pabellón Docente

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
C/ Ibiza, 45 - Madrid



H.U. DE GETAFE



H.U. GREGORIO MARAÑÓN



PROGRAMA ➡

DIA 30 DE OCTUBRE DE 20025. AULA MAGNA

PROGRAMA**8:30-9:00 Entrega documentación.****9:00-9:10 Bienvenida. Dirección Médica****9:10-9:30 Presentación Jornada.***Dr. Lizarraga. Dr. Huertas***1ª MESA: PATOLOGIA GINECOLÓGICA.****Moderador:****9:30-9:50 Tratamiento hormonal y control de la paciente trans.***Dr. Rosado. Hospital Universitario de Getafe.***9:50-10:10 Conizaciones ambulatorias.****Nuestra experiencia.***Dra. Raquel Ramos Triviño.**Hospital Universitario de Guadalajara. (CORZA)***10:10-10:30 La eliminación de los cánceres asociados al VPH es posible.***Dra. Mapi Cano Facenda.**Ginecología Unidad PTGI H. Universitario**Santa Cristina (MSD).***10:30-10:50 Ginecología y salud sexual: Un paso adelante. (HOLOGIC).****10:50-11:30 COLOQUIO-MESA REDONDA.****11:30-12:00 PAUSA-CAFE.****2ª MESA: PATOLOGIA HISTEROSCOPIA.****Moderador:****12:00-12:20 Tratamiento post-sinequiolisis histeroscópica para evitar las recidivas de las sinequias intrauterinas.***Dra. Meritxell Munmany. Consultora.**Servicio: Institut Clínic de Ginecologia,**Obstetrícia Neonatologia (ICGON) Hospital**Clínic de Barcelona.***Tratamiento Histeroscópico del Sd de Asherman y RPOC.***Dr. Enrique Moratalla Bartolomé.**Jefe de Sección. Servicio: Ginecología**Hospital: Hospital Universitario Ramón y Cajal.***12:20-12:40 Novedades en el tratamiento del dolor pélvico crónico.***Dra. Carmen Hernández.**Hospital Universitario de Getafe) (MUNACARE).***12:40-13:00 Actualización en el cáncer de endometrio.***Dra. Belén Martín, Dra. Carmen Hernández.**Hospital Universitario de Getafe.***13:00-13:30 COLOQUIO-MESA REDONDA.****13:30-15:30 COMIDA LIBRE.****TARDE****3ª MESA: OBSTETRICIA.****Moderador:***15:30-15:50 Uso de la ecografía en la consulta de la matrona.**Dña. Cristina González Hernández.**Presidenta Asociación Matronas de Madrid.***15:50-16:10 Versión cefálica externa.****Protocolo y resultados.***Hospital Universitario Ramón y Cajal.***16:10-16:40 Revisión de los cambios en la sexualidad.***Dña. Rosario Sánchez Garzón. Asociación**Española de Matronas***16:40-17:00 Cuarto Trimestre de embarazo.****Seguro de salud para las madres.***Dra. Sonia Díaz.H. Universitario de Getafe.***17:20-17:40 PAUSA.****17:00-17:20 COLOQUIO.****4ª MESA: REPRODUCCIÓN.****Moderador:****17:40-18:00 Actualización en el tratamiento médico de la endometriosis y miomas.***Dra. Teresa Muñoz. H.U. Getafe).***18:00-18:20 Ovodonación. Indicaciones y resultados.***Hospital Universitario Gregorio Marañón.***18:20-19:00 COLOQUIO.****19:00 FIN JORNADA.**



PROGRAMA ASAMU 2025

Actualización en Salud de la Mujer

CURSO VALENCIA

Miércoles, 1 de octubre de 2025

Sercotel Sorolla Palace

Av. de les Corts Valencianes, 58
Pobles de l'Oest, 46015 Valencia



Entidades colaboradoras en el Programa ASAMU 2025:



INVITACIÓN

Esta invitación no garantiza plaza en el curso, por lo que debe inscribirse lo antes posible para asegurar su participación

CÓDIGO DE REGISTRO

VALMJDU9901ee18

INSCRIPCIONES:

www.livemed.in

PROGRAMA ASAMU
Actualización en Salud de la Mujer



Miércoles, 1 de octubre 2025. Sercotel Sorolla Palace
Av. de les Corts Valencianes, 58 Pobles de l'Oest, 46015 València
ASISTENCIA GRATUITA

PROGRAMA PROVISIONAL

08:00 - 08:15 Entrega de documentación

08:15 - 08:20 Bienvenida e introducción Dr. José Luis Neyro Bilbao

08:20 - 09:08 Logros y retos de la vacunación VPH

Dr. Jesús de La Fuente Valero

09:08 - 09:56 Cada mujer es única: hablemos de menopausia y sus síntomas

Dra. Marta García Gamón

09:56 - 10:44 Nutracéuticos y preparación farmacológica para el embarazo

Dña. Ana Isabel Anocibar Marcano. Matrona

10:44 - 11:32 Desde la perimenopausia a la osteoporosis: una larga trayectoria secuencial

Dr. José Luis Neyro Bilbao

11:32 - 12:02 Descanso – Café

12:02 - 12:50 Factor muXer en la hipertensión arterial

Dra. Adriana Saltijeral Cerezo

12:50 - 13:38 Acciones extraóseas de la Vitamina D

Dr. José Luis Neyro Bilbao

13:38 - 14:16 Anemia en la mujer a lo largo de la vida

Dr. José Manuel Cucalón Arenal

14:16 - 15:11 Descanso – Almuerzo

15:11 - 15:49 Manejo del estreñimiento funcional en la mujer: concepto, tipos clínicos y tratamientos

Ponente pendiente de confirmar

15:49 – 16:27 El abordaje de las migrañas en las mujeres

Ponente pendiente de confirmar

16:27 - 17:15 Ponencia pendiente de confirmar

Certificados de asistencia Coordinador de la sesión: Dr. José Luis Neyro Bilbao Directora médica de LiveMed: Dra. Eva Trillo Calvo



I Jornada de Genómica Perinatal y Reproductiva

17 14 de noviembre de 2025

 Hospital Universitari Vall d'Hebron – Barcelona

 Una jornada única para impulsar la genómica en salud reproductiva



Comunicaciones

 Consulta la **NORMATIVA**

 Fecha límite: **6 de octubre de 2025**

aplicada



I Jornada de GENÓMICA PERINATAL Y REPRODUCTIVA

14 noviembre 2025

Barcelona

Sede: Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona
Módulo de ACTOS Puntu 1. Pabellón de los Juegos Olímpicos

Organiza:    

ORGANIZA

SECRETARÍA TÉCNICA

SANICONGRESS®

 Entidad Acreditada con el sello Ético de Fenin

Tel. +34 687 982 671
e-mail: sanicongress@jornadagenomicaperinatal.com

jornadagenomicaperinatal.com

<https://mail.google.com/mail/u/2/#inbox/FMfcgzQbfVBJzcvSpBXnMnFswVIQnHxC>

CONGRESOFAPMI.ES



ORGANIZA:



COLABORA:



FINANCIADO POR:



<https://congresofapmi.es/eventos/xvi-congreso-internacional-de-infancia-maltratada/?occurrence=2026-05-20>








Conferencia sobre la Salud de la Mujer

Construyendo la igualdad para la salud de la mujer a lo largo de toda la vida
3ª edición

24-26 de septiembre de 2025
 Université Paris Cité
 12, rue de l'École-de-Médecine
 PARÍS, Francia



Instituciones organizadoras

 iWISH Institute for Women and Interdisciplinary research in Science and Health	 NUS National University of Singapore Global Centre for Asian Women's Health Yong Loo Lin School of Medicine
 Stanford MEDICINE School of Medicine	 HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

<https://www.mcascientificevents.eu/womens-health-conference/>

ENCUENTRO ABIERTO RED EL HUECO DE MI VIENTRE

27 SEPTIEMBRE 2025



10:00. Presentación de la jornada

10:15. Mesa: investigación en duelo perinatal

Manuela Contreras: Abordar la preocupación materna sobre el bienestar del bebé intraútero.

Paula Dietta: Violencia obstétrica en la atención a la muerte perinatal.

11:45. Descanso

12:15. Mesa: actualización en atención al duelo perinatal

Carolyn Chambers: Resultados de la encuesta de Umamanita, experiencia en Registros Civiles. Elena Antolín y Paloma Martínez:

Acompañar el duelo en un programa de salud mental perinatal en el Hospital Puerta de Hierro. Pilar Gómez-Ulla: Parque de Mariposas en Madrid, camino recorrido y lo que falta.

14:00. Comida

16:00. Manualidades en familia: Piedras para el recuerdo

17:30. Café merienda

18:00. Taller de acompañamiento en duelo perinatal

19:30. Descanso

19:45. Yoga / Cuentacuentos

21:00. Cena

22:30. Jam session



En Casa Emaús

C/ Uceda, 45. Torremocha de Jarama. Madrid



Inscripciones hasta el 20 de septiembre 2025 en:



redelhuecodemivientre@gmail.com

15 euros por persona día completo con comida

www.redelhuecodemivientre.es



Próximo comienzo de la Quinta Edición del curso

Cualificación en Salud Reproductiva y Fertilidad Humana

desde la Fundación UNED

Fecha de comienzo: 6 de octubre de 2025



Esta actividad se desarrolla exclusivamente online.

<https://www.fundacion.uned.es/actividad/idactividad/45953>

47

INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus
reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no
deseables?

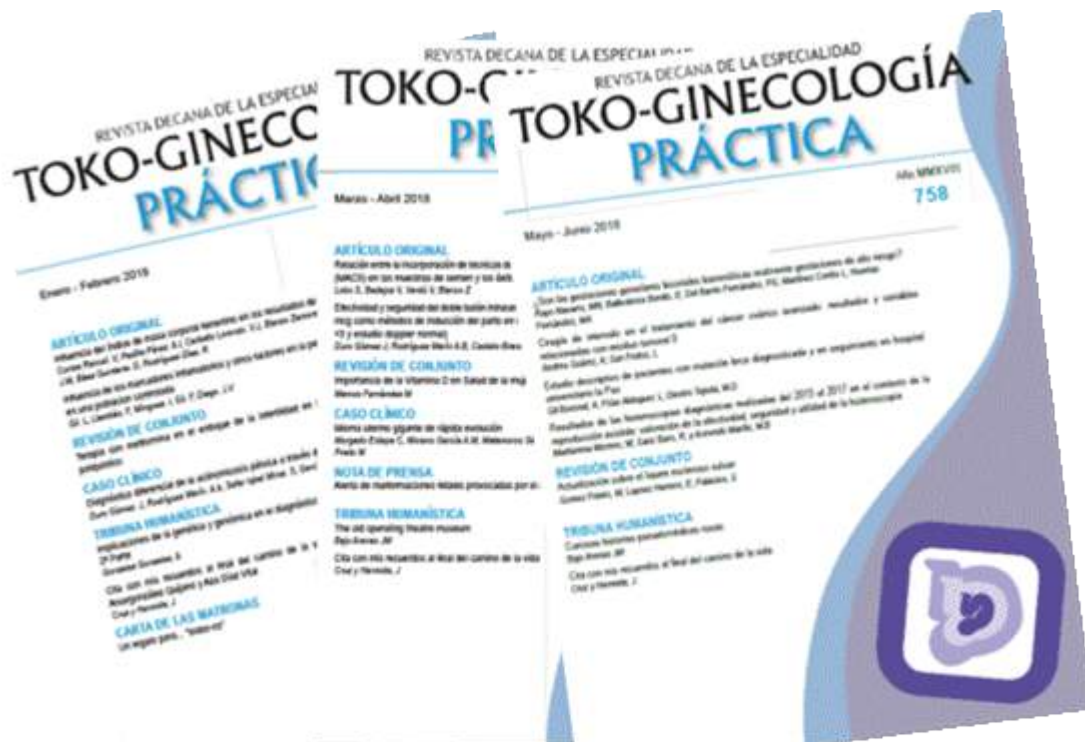
¿Tienes alguna noticia que quieras
compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana
relevante?

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



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

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 a cambio de promover “Matronas profesión”. 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.



LA FE SE CONVIERTE EN UNIDAD DE REFERENCIA AUTONÓMICA PARA EL TEST PRENATAL NO INVASIVO



El Hospital Universitario La Fe ha sido acreditado por la Conselleria de Sanidad como unidad de referencia para el Test Prenatal No Invasivo (TPNI) de ADN libre circulante en la Comunitat Valenciana durante los próximos cinco años. Esta designación reconoce el trabajo que el centro viene realizando desde 2019, cuando comenzó a aplicar esta prueba a todas las embarazadas con riesgo intermedio dentro del programa autonómico de cribado prenatal.

El TPNI permite detectar alteraciones cromosómicas en el feto, como el síndrome de Down o las trisomías de los cromosomas 13 y 18, mediante una simple muestra de sangre materna. Se trata de una alternativa segura y eficaz frente a métodos invasivos como la amniocentesis y destaca por su alta sensibilidad y especificidad, superiores al cribado bioquímico habitual del primer trimestre.

“Gracias a esta prueba se ha logrado reducir significativamente el número de procedimientos invasivos, lo que minimiza los riesgos para la madre y el feto”

Desde su implantación en 2019, cerca de 15.000 gestantes de las 21 maternidades de hospitales públicos valencianos, incluida La Fe, han accedido a esta prueba. El Hospital La Fe centraliza el análisis de todas las muestras y ofrece soporte especializado durante el proceso de asesoramiento genético. “Gracias a esta prueba se ha logrado reducir significativamente el número de procedimientos invasivos, lo que minimiza los riesgos para la madre y el feto”, ha señalado la responsable de los estudios de la Unidad de Genética de La Fe, Laia Pedrola.

Por su parte, el jefe de servicio de la Unidad de Genética, José Vicente Cervera, ha subrayado “el papel clave del hospital en la coordinación del programa”, mientras que el gerente de la Agrupación Sanitaria Interdepartamental y de La Fe, José Luis Poveda, ha valorado la acreditación como “un espaldarazo al compromiso de nuestro hospital con la atención prenatal segura, precisa y más humana a miles de mujeres embarazadas en la Comunitat Valenciana”.

Fuente: Javier Leunda. ConSalud.es

LACTANCIA MATERNA



I JORNADAS AUTONÓMICAS DE
**PROMOCIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA**

Organizado por la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, en colaboración con las Comisiones de Lactancia Materna de Canarias.

9 y 10 de octubre de 2025 · Auditorio Insular de Fuerteventura



I JORNADAS AUTONÓMICAS CANARIAS DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. FUERTEVENTURA, 9 Y 10 DE OCTUBRE DE 2025

Las Comisiones de Lactancia Materna de las diferentes Gerencias de Salud (Primaria y Especializada) de las islas Canarias, llevan varios años trabajando para promocionar y sostener la lactancia materna en el Servicio Canario de Salud con el respaldo de la Dirección General de Programas Asistenciales. En esta ocasión, la Dirección General de Salud Pública se une en la tarea y ambos organismos impulsan de manera conjunta estas Primeras Jornadas Autonómicas de Promoción de la Lactancia Materna, que tendrán lugar los días 9 y 10 de octubre de 2025 en el Auditorio Insular de Fuerteventura.

Estas jornadas se enmarcan en las acciones del Plan de Prevención de la Obesidad Infantil en Canarias (POICAN) y el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027, y tienen como objetivo promover la lactancia materna como una estrategia esencial para la salud pública, la equidad social y la sostenibilidad ambiental. Este planteamiento se alinea de forma directa con la Semana Mundial de la Lactancia Materna de este año 2025, cuyo lema es “Prioricemos la lactancia materna construyendo sistemas de apoyo sostenibles”.

Para abrir estas primeras Jornadas Regionales, contaremos con responsables de primera línea del sistema sanitario nacional para hablarnos sobre políticas de promoción de la lactancia y del valor de la IHAN como vector de impacto en la humanización asistencial.

En el programa científico se ha buscado reflejar tanto los logros como los retos que se afrontan desde las diferentes islas. Tendremos la oportunidad de escuchar a los profesionales directamente implicados en la consecución del Galardón IHAN (fase 4D) para todo el sistema de salud de Fuerteventura (primera "isla IHAN" de España). Se realizará un recorrido por los diferentes recursos disponibles en el territorio canario, que terminará con el análisis de los desafíos que supone la condición de "doble insularidad" en las islas menores o no capitalinas del archipiélago, con el objetivo de compartir estrategias y soluciones creativas para seguir avanzando.

En las diferentes mesas redondas se abordarán reflexiones sobre la sostenibilidad de los recursos de apoyo a la lactancia, se presentarán proyectos pioneros de apoyo a situaciones complejas durante el amamantamiento, y se dedicará un espacio específico a la salud mental. El enfoque de la lactancia materna como pilar preventivo de la salud permitirá la presentación de proyectos vinculados a la Salud Pública a medio y largo plazo, incluyendo temas tan actuales como el de los contaminantes ambientales.

Las Jornadas tendrán su colofón en la entrega del Galardón IHAN a las y los profesionales sanitarios de Fuerteventura que con su perseverancia y pasión han conseguido construir una isla amigable con la lactancia materna.

Aquí les dejamos el enlace al programa completo:

https://www3.gobiernodecanarias.org/aplicaciones/gestionconocimiento/_recursos/doc/Programa_Jornada_LM2.pdf

¡¡Les invitamos a participar en este evento científico y a compartir la experiencia de visitar una isla tan acogedora como Fuerteventura!!

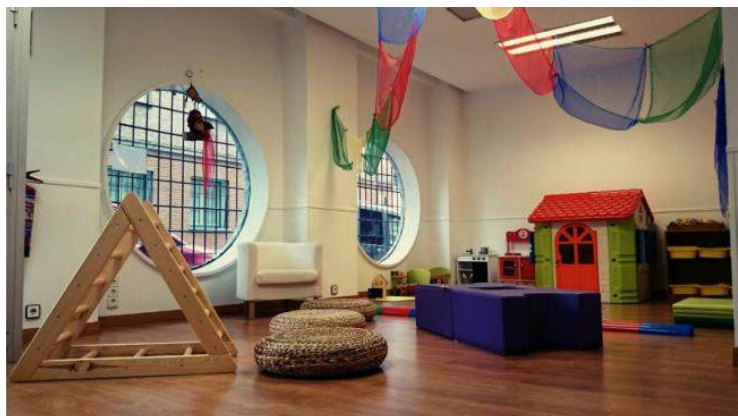
INSCRIPCIÓN (ENLACE)

https://www3.gobiernodecanarias.org/aplicaciones/gestionconocimiento/_entorno/formulario.php?id=14





SERVICIO DE APOYO A LA CRIANZA CASA GRANDE



Los Centros de Apoyo a las Familias (CAF) cuentan con un nuevo servicio que ofrecer a la ciudadanía. El Servicio de Apoyo a la Crianza Casa Grande, pretende promover relaciones positivas en las familias con menores de hasta 6 años, fundadas en el ejercicio de la responsabilidad parental.

Su objetivo es garantizar los derechos de los niños y niñas en el seno de su familia y promover su desarrollo y bienestar personal y social; favorecer el vínculo afectivo con sus adultos referentes y su apego seguro, así como posibilitar espacios de intercambio de experiencias y situaciones con otras familias.

Debido a las diferentes necesidades de las familias que acuden a este servicio, se ofrecen dos espacios en base a los diferentes abordajes de la intervención:

Prevención universal: se trata de un espacio comunitario y compartido de juego, relación y acogida en el que se apoyará la vinculación afectiva y el apego seguro entre los progenitores y sus hijos e hijas.

Prevención indicada: en este espacio se podrá abordar y potenciar las capacidades familiares con el fin de promover el desarrollo y bienestar personal y social de cada miembro de la familia, especialmente se dotará de herramientas a las familias ante las dificultades que surjan en el desarrollo de sus funciones parentales.

¿Como funciona?

Los niños y niñas siempre tienen que permanecer en el recurso en compañía de, al menos, una de las personas adultas de referencia.

En el espacio de apoyo a la crianza universal, las familias deberán solicitar cita previa para acudir al servicio. Cumplimentarán una ficha con los datos básicos y podrán participar en sesiones de juego, asesoramiento y actividades formativas.

En el espacio de apoyo a la crianza indicada, se formarán grupos cerrados de cinco sesiones, sobre temas relacionados con la crianza, para acceder a dichos grupos será imprescindible entrevista previa en el CAF.

Cada centro contará con un equipo multidisciplinar de profesionales.

TODA LA INFORMACIÓN:

[https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Servicio-de-Apoyo-a-la-Crianza-Casa-Grande/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=63e3f1c3052c8610VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=2fbfb7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD](https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Infancia-y-familia/Servicio-de-Apoyo-a-la-Crianza-Casa-Grande/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=63e3f1c3052c8610VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=2fbfb7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD)

LAS MATRONAS DEL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BADAJOZ DENUNCIAN UN DÉFICIT CRÍTICO DE PERSONAL QUE COMPROMETE LA SEGURIDAD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS



COMUNICADO

En Badajoz, 8 de agosto de 2025.

El colectivo de matronas del Hospital Materno-Infantil de Badajoz se ve en la obligación ética y profesional de poner en conocimiento de la ciudadanía una situación límite que amenaza la calidad y continuidad asistencial del área de Obstetricia y Ginecología del meritado centro. Todo ello y pese a las reiteradas reuniones y escritos dirigidos, desde febrero de 2025, a la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, en los que se detallaban pormenorizadamente las carencias del servicio y se proponían soluciones concretas. Sin embargo, las autoridades sanitarias han guardado silencio, desoyendo todas nuestras demandas, por lo que, ante esta inacción, nos sentimos forzados a trasladar públicamente la gravedad de los hechos.

Tras más de un año realizando jornadas extraordinarias que han alcanzado hasta más de **cuarenta horas semanales adicionales** de media por matrona en el conjunto del servicio, nos hemos visto en la necesidad de cesar esta sobrecarga asistencial. Esta decisión responde tanto a la evidente merma en la calidad de la atención humano-sanitaria, como al grave agotamiento físico y emocional de las profesionales implicadas.

Ante esta situación, la respuesta por parte de los responsables sanitarios ha sido recurrir a una **infradotación encubierta mediante la cobertura con personal no especializado: enfermeras generalistas o residentes en formación**. Esta medida “cosmética” crea la apariencia de una dotación adecuada, pero no proporciona la capacitación necesaria para atender partos complejos, emergencias obstétricas, cuidados neonatales críticos y en general cualquier cuidado especializado en este campo.

En cuanto a la situación concreta, los servicios mínimos establecidos son de seis matronas por turno, distribuidas en tres matronas para el área de paritorio/urgencias/puerperio, dos en la planta de patología gravídica y una matrona en turno de mañana en la planta de tocología para cuidados del neonato y asistencia a la lactancia materna. Sin embargo, de forma reiterada, estos servicios mínimos no se han respetado, estando actualmente en la planta de patología gravídica una matrona y una enfermera generalista de manera sistemática y la matrona del turno de mañana de tocología ha sido sustituida por una enfermera generalista. **En el último mes y medio, se han acumulado MÁS DE 350 HORAS** sin contabilizar con los servicios mínimos. Además, en momentos de alta presión asistencial, no se dispone de refuerzos.

Esta situación ha derivado en un **incremento inaceptable** del riesgo asistencial. Cuando una sola matrona debe asumir simultáneamente la atención al parto, el seguimiento posparto y posibles urgencias obstétricas, cada minuto cuenta.

Incidentes como una hemorragia postparto o una pérdida de bienestar fetal pueden pasar de ser manejables a convertirse en situaciones de amenaza vital. Esta realidad afecta directamente a las más de seis mil gestantes atendidas anualmente en nuestra área de salud, generando una creciente alarma social: madres y familias acuden al hospital con la incertidumbre de si recibirán la atención experta, segura y continuada que les corresponde por ley y por principios éticos, y que el Servicio Extremeño de Salud tiene el deber de garantizar.

A ello se suma el cierre de la segunda planta de ginecología, asumiendo a dichas pacientes en la cuarta planta, sin el aumento de personal ni material adecuados, más el incremento significativo de pérdidas gestacionales y la reciente incorporación de la atención a las Interrupciones Legales del Embarazo (ILE), situaciones que requieren una atención especializada, integral y humanizada. **Estas circunstancias demandan personal adicional, pero nos encontramos con la cara opuesta de la moneda: una única matrona en planta, lo que impide proporcionar el nivel de calidad necesario para abordar adecuadamente tanto la complejidad técnica como la considerable carga emocional asociada a estas intervenciones.**

Por otro lado, la precariedad contractual y la ausencia de incentivos han provocado una preocupante fuga de profesionales, situación que se verá agravada por el fallido intento de fidelización de nuevas matronas. La utilización de un autobaremo no revisado ha dejado sin contrato a nuestras propias residentes y ha supuesto un menosprecio a matronas con experiencia que aguardaban una oportunidad de contratación estable.

Sin contratos duraderos ni una retribución acorde con la formación especializada de una matrona que es de 6 años y la responsabilidad asumida, resulta inviable garantizar la sostenibilidad del servicio. **No estamos ante una mera reivindicación de derechos laborales y dignificación de la profesión, sino ante una lucha por la viabilidad del propio servicio y la seguridad y el bienestar de nuestras pacientes y sus hijos.**

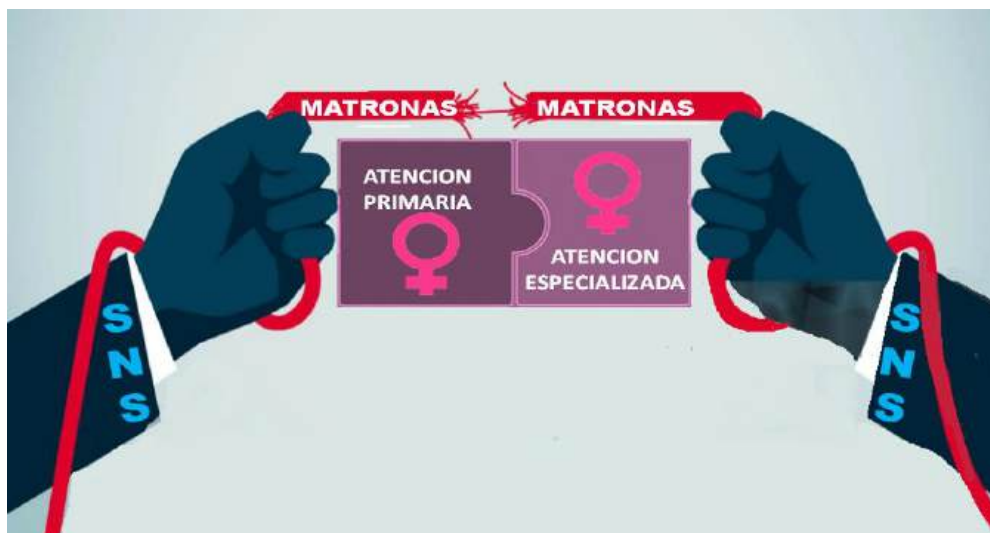
Por todo ello, exigimos de forma inmediata la ampliación urgente de la bolsa de empleo de matronas para garantizar una cobertura justa y adecuada en tiempo y forma, la conversión de los contratos precarios en contratos estables, la convocatoria de oposiciones con mayor frecuencia y con una oferta amplia que recoja la mayoría de las plazas disponibles, la retirada inmediata de la resolución que permite a residentes sin título asumir turnos asistenciales, la actualización de las compensaciones económicas de las matronas, actualmente abonadas como enfermeras generalistas—incluyendo los pluses por nocturnidad, así como una retribución digna por las horas extraordinarias realizadas—.

De persistir la falta de respuesta institucional, **el colectivo de matronas del Hospital Materno-Infantil de Badajoz iniciará movilizaciones periódicas** hasta que se adopten las medidas requeridas. No buscamos privilegios: reclamamos los recursos imprescindibles para que cada mujer que entre en nuestro paritorio viva su parto con la serenidad y la seguridad que merece, y para que cada recién nacido reciba los cuidados especializados que le corresponden desde su primer aliento.

A la Consejería de Sanidad y a la **Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud les instamos a actuar con la celeridad que una situación de riesgo materno-fetal exige.**

A la ciudadanía, asociaciones de pacientes y organizaciones profesionales y sindicales, les pedimos que acompañen y apoyen estas reivindicaciones, pues la defensa de una asistencia obstétrica digna y segura concierne a toda la sociedad.

matronasconvoz@gmail.com



LAS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA "NO TIENEN POSIBILIDAD DE LIBRAR" TRAS REALIZAR SUS GUARDIAS EN EL HOSPITAL DE CAMPO ARAÑUELO, Y SE LES "HURTA" ASÍ DE SU DERECHO LEGAL AL DESCANSO.

La "falta de personal" y la "mala gestión" de la Gerencia en cuanto a la organización del trabajo conlleva que las matronas "encadenen su servicio normal de atención primaria con las guardias en el hospital, sin tiempo para poder cumplir con los mínimos legales de libranza".

En nota de prensa, la sección sindical de CCOO del Área de Navalmoral de la Mata advierte de que esta situación "incumple" el Estatuto Marco en lo relativo al descanso del personal en su artículo 51 y las instrucciones de la Inspección de Trabajo en el mismo sentido.

Además de infringir la normativa laboral, según indica, se trata de un **"agravio comparativo"** con otros profesionales, que sí tienen libranza de guardia en su misma situación, llegando incluso a la **"extraña libranza en diferido"**.

CCOO lamenta, también, que las matronas *"están asistiendo a pacientes de otras zonas básicas de salud, produciéndose una acumulación, sin percibir ningún complemento a cambio, ni ampliarse el complemento de productividad fija por número de zonas básicas de salud asignadas"*.

Así, la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO se ha dirigido a la Dirección de Enfermería de la Gerencia instando a que solucione esta situación.

Este "problema", según añade, es una evidencia de la "precariedad" en que trabajan las matronas del SES tal y como CCOO viene advirtiendo, junto con los "agravios" que sufren en su contratación y fidelización por parte del SES. *"Si el SES defiende la fidelización del talento, parece incoherente que el talento anterior al 2025 no se le valore como corresponde"*, asevera.

Fuente: CC.OO.



LOS GERENTES "SE RETRATAN" UNA VEZ MAS CON LA FALTA ACTUAL DE COBERTURAS DE MATRONAS

Nos ha llegado a la Asociación Española de Matronas una carta (mensaje) con fecha 18 de Julio que queremos compartir porque, ratifica la situación actual de falta absoluta de Matronas, en practicamente todas las comunidades, aunque ésta sea referida a una de las zonas de Madrid. Y no deja de sorprendernos, porque las matronas de Madrid han sido suficiente y vergonzosamente vapuleadas, como para pedirles más a cambio de nada cuando, además, como en el caso, *"lanzando balones fuera"*, intentan traspasar competencias de matronas a otros profesionales.

¡Es el colmo de la desvergüenza! Ni le importan las mujeres y mucho menos las matronas, circunstancias que hace mucho hemos constatado... No lamentan los burócratas nada porque el trabajo recae sobre las de siempre: las matronas mal pagadas, mal tratadas y siempre desoídas y ponemos en duda que, como dicen al final, en un administrativo lenguaje impersonal y mentiroso, que *"siguen trabajando para que mejoren las coberturas de nuestros centros"*. Han tenido mucho tiempo para mejorar las condiciones de los centros y de las matronas que, lícitamente reclaman tener cupos de mujeres asumibles y reconocimiento profesional y económico como merece su categoría y nada de esto han hecho antes de este momento aun más acuciante por las vacaciones estivales.

Esto es lo mismo que *"acordarse de Santa Bárbara cuando truena"*, refrán español que como todos conocemos se refiere a la costumbre de recurrir a la Santa solo cuando se necesita su protección contra el peligro de las tormentas; y este refrán tan explicativo, nos sirve para hacer la crítica en este caso, apuntando a aquellos que solo buscan a alguien o algo cuando tienen problemas críticos, ignorando e incluso despreciando su existencia en momentos de calma. Esta es una prueba palpable más.....



"De Dirección Asistencial Este (Madrid)

A. Centros de Salud.

Buenos días:

En relación a la cobertura de matronas hemos de comunicar que este año se han tenido más dificultades que otros años y no ha sido posible dar respuesta con suplentes, por lo que nos encontramos en una situación más crítica en cuanto a atención de profesionales.

Dado que nos enfrentamos a un momento de necesidad y recursos escasos hemos de optar por medidas que garanticen la atención a nuestras mujeres.

Somos conocedores de que en periodo vacacional las plantillas pueden estar reducidas al 50% , pero encontramos centros que dentro de esta previsión de reducción se han encontrado con situaciones sobrevenidas que suponen la ausencia del profesional de referencia.

Solicitamos que:

- Los Centros que se encuentren en esta situación informen a la Dirección Asistencial como a los centros a los que prestan atención para consensuar la derivación de lo no demorable y que deberá ser asumido por el profesional del centro determinado. En esto rogamos máxima rigurosidad, ya que en este periodo se trata de profesionales que ya están en situación de mínima cobertura (muchos con profesional único por periodo vacacional), ya que la situación de los centros es límite.

- **Trazar circuitos de atención dentro de los centros para realizar la primera valoración de la mujer por otros profesionales del centro de modo que los centros de salud sin profesional asuman consultas del tipo de heridas, revisión de puntos de sutura, dudas de lactancia, vacunas...etc. por los profesionales que dentro del centro se determinen (médico, enfermera...)**

- Posibilidad de ajuste de agenda con posible bloqueo de huecos para dar respuesta a esta atención en las matronas que pasen a ser referencia de otros centros sin atención.

Aclaramos por tanto que: mujeres que no puedan demorarse (postparto), que no exista atención en su centro por matrona y que no supongan una urgencia, serían compatibles de derivación a matrona de centro de salud determinado por situación crítica.

Lamentamos las molestias ocasionadas os confirmamos que seguimos trabajando para que mejoren las coberturas de nuestros centros.

Un cordial saludo

Dirección asistencial del Este "

CARTA A:

Sindicatos en Mesa Sectorial
 Consejera de Sanidad
 Presidenta Doña Isabel Díaz Ayuso



Nos dirigimos a ustedes una vez más ante la noticia publicada el 8 de Julio de 2025, dónde la Presidenta Doña Isabel Díaz Ayuso declaraba en una rueda de prensa que las Enfermeras de Atención Primaria percibirán un complemento de 280 euros/ mes en Atención Primaria por cubrir centros de difícil cobertura.

Ante nuestra sorpresa, las Matronas una vez más no estamos incluidas. Confirmado por aquellos sindicatos que se “ponen medallas” por haber “conseguido” este avance con cientos de reclamaciones puestas ante el SERMAS exigiendo percibir los mismos complementos que los médicos por trabajar en estos centros y que acorde a ellos consideran justa esta nueva retribución.

Les recordamos una vez más, que somos la única especialidad de Enfermería que tiene un sistema de residencia obligatorio para la adquisición del título de especialista (no hay vías “extraordinarias”) regulado por la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). También que somos la ÚNICA ESPECIALIDAD ENFERMERA reconocida en Europa, como ustedes deberían saber las principales directivas europeas que regulan a las matronas son la Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, y su modificación, la Directiva 2013/55/CE. Estas directivas establecen los requisitos para el acceso a la formación de matrona y el reconocimiento de sus cualificaciones profesionales en los estados miembros de la Unión Europea.

Resumiendo, para ser Matrona se necesitan 4 años de un grado de Enfermería y dos de residencia. **La administración apoyada por los sindicatos en Mesa sectorial nos castiga**, ya no sólo en temas TSA si no también esta nueva penalización. Cobramos menos a pesar de tener más formación. Esto permitan que se diga claro, es un gran agravio comparativo aparte de una injusticia. Y nuestros representantes sindicales de Mesa Sectorial que luchan por los derechos de los trabajadores, no sólo lo permiten sino, que lo apoyan.

No vamos a entrar tema sustituciones de verano/bajas etc. ni del trato abusivo que las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria están dando a las Matronas con los “centros espejo”, porque la mayor parte de las Matronas, no tiene sustitutas estas vacaciones. Ni buscando las propias Matronas sustitutas (haciendo una vez más el trabajo de RRHH del SERMAS) se han aprobado. Todo esto repercute en que las mujeres reciben una peor calidad asistencial y las Matronas están sobrecargadas.

Aparte que habría que estudiar si es legal el forzar a las Matronas a ver pacientes de otros centros que no las corresponde, sólo porque la Gerencia de Atención Primaria se niega a poner y buscar sustitutas. Otro gran agravio más, ¡que baratas somos para el SERMAS!. A los médicos de Atención Primaria se les paga por hacer agendas de absorción a precios bastante dignos.

Nos quejamos del trato discriminatorio y del gran agravio comparativo que sufrimos una vez más. ¿Hasta cuándo?.

Elena Fernández. Matrona.

"L'HERBE DU DIABLE"

1630 - Une sage-femme à Cologne" (La Hierba del diablo 1630-Una partera en Colonia)

Autor: Laurent, Benjamín
Diseño gráfico : Martin, Claire
Depósito legal: 04/2023
Editor: Jungle
Collection: Ram Dam

ISBN: 9782822235778
Páginas: 88

En Europa, la Guerra de los Treinta Años se desata, dejando tras de sí solo hambruna, epidemias y muerte. La ciudad de Colonia no se libra de la pobreza. Los líderes religiosos y notables de la ciudad se han propuesto luchar contra los paganos y las brujas, a quienes consideran responsables de todos los males. Parteras y abortistas, guardianes de conocimientos ancestrales y poseedores de plantas medicinales, pagan un alto precio. En este contexto, dos mujeres completamente opuestas se conocen.

Garance es una reconocida partera. Pero en la Colonia del siglo XVII, se considera de buena educación acatar la ley, o la Inquisición castigará a los herejes. Entre valores religiosos y morales, la joven tendrá que tomar decisiones. Benjamín Laurent y Claire Martin imaginan sus dudas en "La hierba del diablo", un relato histórico centrado en la caza de brujas.

Colonia, 1630. Europa está sumida en las tres grandes plagas: guerra, hambre y epidemias, debido a la Guerra de los Treinta Años.

En la ciudad del Sacro Imperio Romano Germánico, la pobreza reina, cruda y silenciosa. Los habitantes sufren. Entre ellos se encuentra Garance, una reconocida y atenta partera. Su labor como partera es muy valiosa para todos. En su labor, cuenta con la ayuda de Justina.

Garance nunca quiere ser madrina de bebés con dificultades para nacer. Aunque ama su



trabajo y a las mujeres que atiende, debe mantenerse moralmente intachable. Practica los preceptos y dogmas de la Iglesia. Nunca se desvía de ellos.

Mientras tanto, Elsa Gefieder, esposa de uno de los más altos dignatarios de la ciudad, ha quedado embarazada como consecuencia de un adulterio. No quiere quedarse con este bebé ilegítimo. Sin embargo, su sirvienta tiene una idea: quiere declarar que el niño es suyo. Así, la madre biológica podrá seguir viéndola siendo su madrina.

El ambiente en la ciudad es cada vez más tenso. Fernando de Baviera, su príncipe-obispo, está sembrando el caos. Si bien la región ya se ha convertido al protestantismo, Colonia se mantiene fiel al catolicismo. Y se protege de quienes cometen actos ilegales. La Inquisición entonces los perseguirá, sin dudar en llamarlos brujas.

Garance va al mercado a comprar plantas para tratar a sus pacientes. Pero el herbolario le dice que la belladona está prohibida y se la conoce como la Hierba del Diablo...

Esta historia feminista resalta la valiosa labor de Garance y las parteras. A menudo, estas mujeres solteras asistían a sus compañeras en partos delicados. Estas especialistas en hierbas y plantas eran verdaderas aliadas.

“Cuando una mujer sufre, es nuestro deber ayudarla, ¡aunque esté contra las reglas!”

Sin embargo, su benevolencia podía verse destrozada por la realidad y los dogmas de la Iglesia Católica. Debían mantenerse en el camino recto y estrecho de la fe; de lo contrario, podrían acabar en la hoguera como Adélaïde, la antigua maestra de Garance.

Garance, en su dilema y sus dudas sobre la religión, puede contar con sus hermanas y otras conocidas. Lo que apreciamos en La Hierba del Diablo es esta solidaridad entre mujeres. A pesar de las presiones, se apoyan mutuamente. Esta hermandad es muy beneficiosa.

“He notado que, en algunos casos, cuidar a los demás puede ayudarte a cuidarte a ti mismo”.

Cabe destacar que la Inquisición está presente. Merodea e investiga para apresar a las mujeres que se ayudan mutuamente al margen de los preceptos religiosos. Hombres de fe arrestan, juzgan, encarcelan o queman en la hoguera a estas mujeres, que se han convertido en brujas bajo sus propias palabras. La religión está asociada a creencias y leyendas, aún vigentes en toda Europa.

UNA HISTORIA BIEN DOCUMENTADA

Benjamin Laurent basó "La hierba del diablo" en una sólida investigación. Como subraya el dossier de 9 páginas adjunto al álbum, el guionista ha trabajado con maestría su tema. Desde Colonia, durante este periodo, también aborda el tema de las brujas (60.000 de ellas serían víctimas), pero también el de las parteras.

Estas mujeres dependían principalmente del conocimiento adquirido de otras mujeres. No existía un código escrito para ello. Transmitían los métodos de parto oralmente. En ocasiones, recurrían a creencias y magia. También eran invaluable para llevar los registros parroquiales del estado civil. Cabe destacar que, en esa época, muchos sacerdotes y curas eran analfabetos.

Benjamín Laurent nos cuenta más sobre los personajes de La Hierba del Diablo.

Si bien Spee y Fernando de Baviera existieron, Justina se inspira en Justina Siegemund, autora del primer tratado sobre el parto.

En cuanto a Garance, se inspira en Christina Plum, una mujer que vivía en Colonia en aquella época. A los 24 años, acusó a las figuras notables de la ciudad de brujería. Sin embargo, durante su segundo juicio, se vio obligada a admitir su brujería.

Si la temática de "La hierba del diablo" es intensa e inteligente, el diseño gráfico también lo es. La presentación en forma de comic con dibujos de Claire Martin es elegante y de una lectura muy agradable.

¡Buen libro para disfrutar del relax del verano!

El libro está escrito en francés, pero en la Asociación Española de Matronas, disponemos de una copia traducida a disposición de quienes la soliciten.

Fuente: Comixtrip: Damien Canteau



PARTERAS CÉLEBRES (Continuación)

Tomamos prestadas de Delacoux las notas biográficas que siguen sobre Marguerite Guillomance Coutenceau, fundadora y partera de la Maternidad de Burdeos, nacida en Clermont-Ferrand en 1753, sobrina, alumna y sobreviviente de Marguerite Ducoudray, fallecida en París en 1825.

«La familia Coutenceau dejó un recuerdo precioso en quienes la conocieron por los importantes servicios que prestó a su país. Incluso podría decirse que todos sus miembros tienen el mismo derecho a nuestra gratitud. Una tía se hizo famosa tanto por sus conocimientos como por sus beneficios; una sobrina siguió dignamente sus pasos, y su esposo honró la misma profesión; un hijo, cuya prematura pérdida fue profundamente sentida por la profesión médica, había rendido, antes de tiempo, el más honorable tributo a la ciencia y la humanidad».

«Un establecimiento muy útil, un Hospicio de Maternidad, se fundó en Burdeos a petición y gracias al cuidado de Coutenceau y de su esposa Marguerite, quienes supieron encontrar entre los demagogos de entre 93 filántropos los suficientemente ilustrados como para apreciar la importancia y la utilidad de tal proyecto y apoyar los generosos esfuerzos del matrimonio Luciniano.

Este establecimiento permaneció durante, por así decirlo, el dominio de sus fundadores, quienes constantemente mantuvieron la dirección. Las grandes visiones y el afán creativo honran al hombre sin duda, pero hay otros servicios aún más difíciles y meritorios: estos son los prestados desinteresadamente».

Durante la hambruna de 1795, los hospicios carecieron de artículos básicos; el Hospital de Maternidad de Burdeos fue mantenido y abastecido durante mucho tiempo a expensas de su director, Coutenceau.

Así, este benefactor de la humanidad solo vivió para legar un nombre querido y recuerdos preciados a su familia.

Fue en beneficio del hospicio de la Maternidad de Burdeos que la digna esposa de Coutenceau dedicó sus vigiliass; fue en interés de su país que empleó tanto su experiencia como su instrucción para formar estudiantes de parteras, muchas de las cuales siguieron el mismo camino que esta hábil maestra les había trazado. Madame Coutenceau, alumna de Madame Ducoudray, su tía, demostró desde muy joven todas las cualidades necesarias para mantener la reputación y seguir los pasos de su tutora.

Fueron estas mismas cualidades las que le valieron a la señorita Guillomance, a petición de su tía y su benefactora, el título de sobreviviente, mediante patente del rey de 1774. Por la misma patente, fue admitida a disfrutar de la pensión asignada a la señora Ducoudray y a impartir, con ella, por todo el reino, cursos públicos sobre el arte del parto.

Fue durante esta misión y durante su estancia en Burdeos, que la señorita Guillomance fue contactada por Coutenceau, con quien se casó.

Tras el fallecimiento de Ducoudray, su pensión pasó a su sobrina, la cual se mantuvo por decreto de la Convención Nacional de 1793 y se conservó hasta su muerte. En 1794, la Sra. Coutenceau fue encargada, junto con su esposo, de la administración del hospicio de la Maternidad de Burdeos. En este establecimiento, con su merecida reputación, la memoria de su fundadora siempre será venerada y nadie hablará de este hospicio sin mencionar el nombre de Coutenceau. Fue reemplazada, tras su muerte, por la Sra. Marie-Caroline Dubosq, nacida en 1794.

Bajo el título de *“Resumen, instrucciones teóricas y prácticas sobre el parto para uso de las parteras”*, la Sra. Coutenceau publicó, en el siglo XVII, una obra en la que se exponen los principios de su arte con tanto método como claridad.



ACLARACIONES:

El texto que incluye Witosky en referencia a Mary Dunnally (o Donally) en este libro, parece que está errado según investigaciones posteriores publicadas y referenciadas.

Cierto que todas afirman que Mary Donally, partera, realizó la primera cesárea registrada en Irlanda en 1738. Y describen así el caso, sin intervención alguna de médico:

"Leer sobre operaciones quirúrgicas importantes realizadas por personas sin formación antes del descubrimiento de la anestesia y el comienzo de la práctica médica moderna, llena de profunda compasión por la terrible experiencia del paciente.

Imaginemos el sufrimiento de la pobre Alice O'Neal, a quien una partera analfabeta le realizó una cesárea en enero de 1738, como describe a continuación el Sr. Duncan Stewart, cirujano en Dungannon, en el condado de Tyrone, Irlanda.

(Creo que ésta es la primera cesárea registrada en el Reino Unido de la que la madre se recuperó).

Alice O'Neal, de unos 33 años, esposa de un granjero pobre cerca de Charlemont y madre de varios hijos, sufrió dolores de parto en enero de 1738, pero no pudo dar a luz a su hijo a pesar de los intentos de varias mujeres. Permaneció en esta condición doce días; al tercer día, se declaró que el niño estaba muerto. Mary Donally, una mujer analfabeta, pero reconocida entre la gente común por extraer fetos muertos, fue llamada entonces e intentó también dar a luz por la vía común. Al no tener éxito, practicó una cesárea, cortando con una navaja primero las partes del abdomen y luego el útero; por cuya abertura extrajo al niño y las secundinas. La incisión se encontraba una pulgada más arriba, a un lado del ombligo, y continuaba unas seis pulgadas hacia abajo, en el centro, entre el hueso ilíaco derecho y la línea alba. Ella sostuvo los labios de la herida juntos con su mano, hasta que un asistente caminó una milla y regresó con seda y agujas comunes que usaban los sastres: con éstas unió los labios a la manera de la puntada empleada ordinariamente para el labio leporino, y cubrió la herida con claras de huevo, como me dijo algunos días después, cuando llevado por la curiosidad visité a la pobre mujer que se había sometido a la operación".

T. E. C., Jr. CESAREAN SECTION PERFORMED WITH SUCCESS
BY AN ILLITERATE IRISH MIDWIFE IN 1738
Pediatrics (1974) 54 (4): 460

En 1814, el obstetra londinense Samuel Merriman publicó un libro de texto sobre partos titulado *"Sinopsis de los diversos tipos de partos difíciles, con observaciones prácticas sobre el manejo de los partos"* (*A synopsis of the various kinds of difficult parturition, with practical remarks on the management of labours*).

Merriman señaló que para entonces solo se habían realizado 22 intentos documentados de cesárea en Gran Bretaña, y que, si bien ocho bebés habían sobrevivido, solo una madre había sobrevivido. El Dr. Merriman también alude a *"un caso realmente asombroso"*, que parece ser la primera cesárea *"exitosa"* realizada en Irlanda, realizada unos 80 años antes. Este informe apareció en *Medical Essays and Observations* en 1742. Irish women on History

El siglo XVIII nos presenta, en Inglaterra, una figura bastante original: Elizabeth Blackwell (nacida en 1712); se hizo partera por devoción marital. Su esposo, Alexander Blackwell, un farmacéutico cerca de Londres, se había arruinado al imprimir una obra sobre agricultura. Elizabeth siguió los cursos de Smellie y se estableció como partera. Al no encontrar suficientes recursos en su profesión para liberar a su esposo de la prisión por deudas, tuvo la idea de ilustrar una colección de plantas medicinales para la cual él escribió el texto. Después de dos años de trabajo, había amasado suficiente dinero para liberar a Blackwell. Los dos esposos partieron a Suecia; Allí, Blackwell se vio involucrado en una conspiración y murió en el cadalso.

Su viuda regresó a Londres; continuó dibujando y pintando plantas: su obra se recopiló en tres volúmenes en folio, con 500 láminas, y se publicó en 1736. Regresó a Londres, donde falleció en 1770, a la edad de 58 años.

Casi al mismo tiempo, Smellie elogia con gran entusiasmo a las Sras. Hopkins, Maddox, Brown, Fox, Charles y, especialmente, a la Sra. Simpson, quien lo ayudó en la enseñanza de obstetricia.

Otra contemporánea de Blackwell fue Elizabeth Phillips. En el cementerio de Charlestown, hay un epitafio laudatorio sobre ella: *«Aquí yace el cuerpo de la Sra. Elizabeth Phillips, nacida en Westminster, Gran Bretaña, y autorizada por John, Lord Obispo de Londres, en el año 1718, para ejercer la profesión de partera. Se estableció en este país en 1719 y, por la gracia de Dios, asistió al nacimiento de más de 3000 niños. Falleció el 5 de mayo de 1761, a los 76 años».*

Quizás la partera inglesa más famosa fue Elizabeth Nihells. En 1747, estudiaba en el Hôtel-Dieu de París, donde, debido a su religión, solo había sido admitida gracias a la protección del duque de Orleans. De regreso a Inglaterra, libró una encarnizada guerra contra los parteros londinenses, que habían logrado suplantar a las matronas.

Sin dudarlo, atacó al más famoso de ellos, Smellie, en la obra titulada: *La causa de la humanidad remitida al tribunal de la razón*, o un tratado sobre el parto femenino. He aquí algunos pasajes de esta virulenta diatriba:

“Él (Smellie) nos reprocha ser egoístas. Puedo demostrar que he ayudado a nacer a más de novecientas mujeres gratuitamente y por caridad; dudo que nuestro médico haya hecho tanto, a menos que considere caridad la que le hizo a este autómatas que sirvió de modelo a sus aprendices. Era una estatua de madera que representaba a una mujer corpulenta con un vientre de cuero; una vejiga pequeña llena de cerveza representaba el útero. Esta vejiga se cerraba con un tapón de corcho, al que se ataba una cuerda para tirar de ella en el momento oportuno y demostrar de forma tangible el flujo de las aguas rojizas. Finalmente, en medio de esta vejiga había una muñeca de cera, a la que se le asignaban diferentes posiciones. A partir de este admirable mecanismo, se formó una aterradora multitud de parteros, que se dispersaron por la ciudad de Londres y la campiña. Según él mismo admitió, en menos de diez años, novecientos estudiantes, sin contar la cantidad de parteras que instruyó y formó de manera tan milagrosa”.



"¿No deberían estos dignos estudiantes ser capaces de juzgar la situación de las mujeres embarazadas y la del fruto que dan a luz? ¿No son expertos en esta rama de la anatomía que se requiere, incluso para las parteras? ¿No deberían tener un tacto muy fino y sutil, y percibir la proporción o analogía que existe entre una pura máquina y un cuerpo sensible, delicado, animado y bien organizado?"



(1). Elizabeth Nihell. Nacida en Londres en 1723.

En otra parte, ella se pronuncia contra el uso de instrumentos de los que los parteros hacían un verdadero abuso en el parto. Ella quiere *"liberar a las mujeres de esta vergonzosa subyugación del cuerpo y la mente, a la que las somete la indecente inquisición de una tropa de mercenarios, que aprenden de ellas bajo los auspicios favorables de esta poderosa salvaguardia, el bisturí, el perforador, el pico de grulla, el pico de gallo, la pata de gallo, la pata de grifo, el speculum matricis, los lazos, los cordones, las hondas, las redes, los anzuelos romos o puntiagudos, o afilados, los cuchillos, las tijeras, las cizallas, la terebra occulta, los escalpelos, los fórceps, las tenazas, las pinzas, las tenettes (Fórceps helvético) las cucharillas, las cucharones, pero sobre todas las cosas, los sacacabezas (tire-têtes) o fórceps, flamencos, holandeses, irlandeses,*



franceses, ingleses, desnudos o cubiertos, largos o cortos, rectos o curvados, planos, sólidos, fenestrados o no fenestrados".

Luego continúa: «La verdad que pretendo defender aquí es que las faltas de las parteras, que sería deseable prevenir, no son tan comunes a su sexo ni de naturaleza tan horrible y atroz como las que se encuentran en la práctica de los caballeros instrumentistas". "No tenéis nada que temer de las parteras comparable a estas torturas que os pellizcan, os desgarran, os mutilan, os dejan lisiados, os tiran, os enmarcan, os arrancan a los niños en pedazos y dejan a las mujeres en un estado incapaz de concebir en el futuro; torturas, sin embargo, que, en mayor o menor grado, son inseparables del uso de estas manos de hierro y de acero, que los hombres emplean tan a menudo sin ninguna necesidad".

Y, además: "Con frecuencia se verá uno de estos instrumentistas, después de una operación que merecería las más severas reprimendas, lo veremos, con aire triunfal, entrando en una habitación, y con el hierro asesino en la mano, cantando victoria clamando que aquí, el arte victorioso ha salvado a la naturaleza como por arte de magia".

Afirma, como Sacombe más tarde, que todos estos instrumentos pueden ser reemplazados, sin peligro, por la mano «no de un partero que la tendría tan ancha como una paletilla de cordero, sino de una mano delgada como la que suelen tener las parteras". Luego añade: "Me atrevo a protestar que, en todos los casos en que sería muy posible operar con fórceps, siempre estaré segura de hacerlo con mucha más destreza con mis manos; de modo que, sin querer exagerar la comparación, los fórceps a veces pueden ayudar a parir a una mujer, pero ¿cómo?. Probablemente como un hombre puede, si lo desea, pasear por St. James's Park con un par de piernas artificiales llamadas zancos, que por esta elevación prestada le hacen caminar, tambaleándose de una manera tan cómica, que no es difícil pensar que este mismo hombre cumpliría su propósito con mucha más facilidad si se dignara a usar sus piernas naturales.

Concluye que "el más bello, el mejor, el primero

y el más antiguo de todos los instrumentos es la mano natural... y es en esta parte donde las mujeres obviamente tienen la ventaja sobre los hombres, especialmente cuando se trata de maniobras para ayudar a dar a luz a sus semejantes, donde la destreza se vuelve incomparablemente más efectiva que si se acude a la fuerza".

No contenta con demostrar la superioridad de la partera sobre el obstetra, termina maltratando, de una manera hermosa, a estos necios que hacen el trabajo de parteras: "Sean cuales sean las circunstancias en las que una mujer necesite la ayuda de nuestro arte, siempre que sea sensible a su propia preservación y a la del niño que lleva dentro, es entonces cuando tiene motivos para mirar, con tanto horror como desprecio, los diferentes roles desempeñados por estos orgullosos campeones, estos parteros, uno de los cuales, rústico y brusco, sin embargo queriendo ser... Ingenioso, solo se hará el tonto bromista con preguntas impertinentes completamente fuera de tiempo y, en el punto álgido de su exuberante operación, preguntará a su paciente con voz ronca «si quiere irse pronto".

El otro, por el contrario, se presentará como una dama, con toda la elegancia de un pequeño maestro que, con aire galante y sonriente, hará una pequeña mueca contrayendo los labios para, con tono dulce, asegurarle a Madame que los instrumentos no le causarán ningún daño, que la niña no quedará marcada o al menos muy poco, y quizás nada (1), aunque durante todo este tiempo yace como un sacamuelas.

Hay humor en la manera de Elisabeth Nihell y observaciones mordaces sobre la moral profesional, incluso hay buen sentido en sus comentarios sobre el abuso de los instrumentos; pero sus ataques contra los médicos caen por su misma exageración.

(1) Alusión a este pasaje de Smellie: "Se pueden introducir los fórceps con... un golpe de facilidad y seguridad como un par de manos artificiales, por las cuales la cabeza del niño quedará muy poco marcada si lo está, y la mujer muy raramente desgarrada."

+ de 46 AÑOS + de 46 LOGROS



