

Info MATRONAS



JULIO 2026 N.º 97

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



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:

- ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO DOMICILIARIO

❑ ESPECIAL II:

- LA EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN MADRID

❑ HEMOS LEIDO:

- EL HOSPITAL PÚBLICO CLÍNICO SAN CARLOS INVESTIGA LA FABRICACIÓN DE UN MEDICAMENTO PARA EL DAÑO CEREBRAL POR FALTA DE OXÍGENO EN RN.
- LAS MATRONAS DE OSAKIDETZA DESCONVOCAN 9 JORNADAS DE HUELGA
- LAS MATRONAS ALZAN LA VOZ EN CANARIAS. "Nada que celebrar"
- EL COLEGIO DE MATRONAS DE NUEVA ZELANDA GANA UNA BATALLA LEGAL DE 10 AÑOS
- NUEVA PRESIDENTA DE LA CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS (ICM)
- EL CECOVA REAFIRMA SU COMPROMISO CON LA EXCELENCIA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LAS MATRONAS
- ESTRENO DEL DOCUMENTAL "SI YO FUERA MATRONA"

❑ MUY INTERESANTE:

- UN MILLÓN MÁS DE MATRONAS: LA SESIÓN PLENARIA 1ª DEL 34 CONGRESO ICM
- EXPLORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS MATRONAS TRAS MUERTES MATERNAS
- DETECTADAS HASTA 45 SUSTANCIAS QUÍMICAS INVISIBLES EN EL DÍA A DÍA...
- EFECTOS DE LOS TURNOS NOCTURNOS EN EL SUEÑO
- JORNADA SOBRE EXTRACCIÓN PRENATAL DE CALOSTRO EN EL CECOVA
- LA ATENCIÓN CONTINUA POR PARTE DE MATRONAS COMUNITARIAS REDUCE EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN UN 45%

❑ ENTREVISTA CON:

- AIMÓN SÁNCHEZ MOLINERO

❑ BREVES:

- CURSO ACTUALIZACIÓN SALUD DE LA MUJER EN AP. ASAMU
- III JORNADA NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES
- DONOSTI. VISIBILIZACIÓN DEL DUELO GESTACIONAL ...
- X CONGRESO NACIONAL SEFSE SOBRE FORMACION ESPECIALIZADA
- CURSO MEDICINA MATERNOFETAL. BARCELONA
- LA ASAMBLEA REGIONAL DE MURCIA HA APROBADO POR UNANIMIDAD ...
- LA ENFERMERAS GANAN MUSCULO

❑ BUENAS NOTICIAS:

- "LAS MAJUNAS", EL EMOTIVO ENCUENTRO DE 29 MATRONAS JUBILADAS NAVARRAS
- EL GOBIERNO TRIPLICARÁ LA INVERSIÓN EN I+D ESPECÍFICA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES
- EL CONSEJERO DE SANIDAD DE GALICIA SUBRAYA LA APUESTA DE LA XUNTA POR REFORZAR EL PAPEL DE LAS MATRONAS

❑ MALAS NOTICIAS:

❑ RECOMENDACIONES:

- ENFERMAS: UNA HISTORIA SOBRE LAS MUJERES...

❑ MATRONAS CÉLEBRES

❑ AGENDA/CURSOS

- CURSO TRASTORNOS DEL SUEÑO: GESTANTES, MATRONAS Y RN



ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL PARTO DOMICILIARIO

Parece que hablar de la atención al parto domiciliario, es decir, parir en casa, sea un tema de hace más de un siglo, nada más lejos de la realidad. Hasta mediados del siglo pasado, siglo XX, la mayoría de las mujeres gestantes parían en sus casas como algo normalizado, “natural”. El parto en un hospital solo estaba reservado para las familias pudientes económicamente (partos en clínicas privadas) o en aquellos casos que existían complicaciones maternas. Tengamos en cuenta que no existía la ecografía y las mujeres acudían al tocólogo con menos frecuencia que actualmente.

Pues bien, era la matrona de la localidad, rural o urbana, la que atendía pacientemente a la gestante en su domicilio, tardase el tiempo que fuera o el día, festivo o no, y medio convivía con la familia. La matrona disponía de un maletín con todo el material y medicamentos necesarios para desarrollar su trabajo. Este maletín era depositado en las farmacias, las encargadas de desinfectar todo el material y reponer los medicamentos tras finalizar su trabajo.

Estamos alrededor de finales de los 50 y primeros de los 60, es decir, apenas hace 60-70 años. Entonces, parir en casa no ofrecía la seguridad necesaria en todos los casos, varios factores confluían en las elevadas tasas de muertes de madres y bebés durante el parto: el hecho de tener hijos muy seguidos, condiciones nutricionales y de salud no óptimas de la mujer, hogares que no contaban con unos requisitos mínimos de salubridad, por ejemplo, no tenían agua corriente o calefacción ni las condiciones de salud de la mujer.



Posteriormente, y con el avance de la ciencia, los partos fueron trasladados al hospital, fueran de riesgo o no. Esto supuso la dirección médica del parto, basada en una concepción mecanicista del proceso del parto y paradigma del modelo de atención biomédico, lo que conllevó la implementación de intervenciones para acelerar el proceso, y en consecuencia se incrementaron también de manera paulatina el número de cesáreas que se practicaban. La hiper medicalización y desatención del ámbito emocional que acompaña al proceso, llevó poco a poco a la exigencia por parte de las mujeres de un cambio en la atención al parto que se vio sustentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Grupo Técnico de Trabajo de la OMS, 1996). Pero es, desde 1985, que la OMS (WHO, 1985) reconoce la importancia de que las mujeres y sus familias participen activamente en la toma de decisiones con respecto a los cuidados que reciben en el parto y su derecho a decidir el lugar en el que desean dar a luz. El lugar del parto y el modelo asistencial al nacimiento no es intrascendente ya que puede tener consecuencias sobre la salud física y emocional de las madres, padres y su descendencia. La mujer no es un mero sujeto que sufre el parto, sino que debe ser la protagonista del proceso, debiéndose asegurar su bienestar físico y emocional, a la vez que el de su criatura.



Así pues, las mujeres del siglo XXI, con acceso a más información, con otra concienciación respecto a la toma de decisiones de forma activa, y con la implementación de prácticas más humanizadoras (de base ético legal y comunicativa), y basadas en la evidencia, hacen que el deseo de parir en su domicilio no sea algo novedoso, sino la puesta en práctica por un lado de las buenas prácticas de los profesionales y por otro, el ejercicio de un derecho que tienen las mujeres en la toma de decisiones respecto al proceso de nacimiento de sus hijos/hijas.



MARCO CONCEPTUAL:

Antes de entrar en materia propiamente ética, cabe recordar que toda matrona tiene la competencia (que otorga el título de matrona) para atender partos de bajo riesgo, siendo la profesional por excelencia en la salud sexual y reproductiva de las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital como ya sabéis, pero la capacitación te la da la formación específica en una materia junto con la experiencia.

Para mayor comprensión de estos dos términos, veamos su definición:

Competencia: *Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que permiten a una persona desempeñar un trabajo de manera efectiva. No solo abarcan lo que el individuo sabe (teoría), sino cómo aplica ese conocimiento para resolver problemas y cumplir objetivos en el entorno laboral².*

A su vez, se dividen en:

a) Competencias técnicas (Hard skills):

Son los conocimientos y destrezas específicas que se adquieren mediante el estudio, la formación o la experiencia práctica. Son medibles y necesarias para realizar tareas concretas.

b) Competencias transversales (Soft skills):

Son las habilidades sociales, de comportamiento y de comunicación que determinan cómo te desenvuelves y trabajas con otras personas. Son aplicables a casi cualquier puesto de trabajo.

c) Competencias básicas:

Son aquellas destrezas fundamentales sobre las que se construyen el resto de habilidades personales y profesionales.





Y la definición de **capacitación**: proceso de aprendizaje continuo diseñado para adquirir, actualizar o perfeccionar los conocimientos, habilidades y competencias de una persona. Su objetivo es mejorar su eficiencia, productividad y empleabilidad en un puesto de trabajo específico.

Parece lo mismo, pero no lo es: se necesita una formación específica para poder atender partos domiciliarios, o lo que es lo mismo, una matrona formada para ello específicamente que conozca los requisitos necesarios para atender un parto en casa, indicaciones y contraindicaciones, manejo del propio proceso, protocolos de atención en caso de emergencia/urgencia por complicaciones maternas o fetales, incluso neonatales.

Parece una obviedad lo anteriormente escrito, pero como perito, muchos casos de los que van a juicio son por negligencia o mala praxis de la profesional, la matrona, en los que no se respetó el límite ético-legal y solo se valoró el deseo de la madre, asistiendo partos que ninguna sociedad científica puede respaldar y menos, las jurídicas. Creo que ya os habrá venido algún ejemplo de algún caso conocido.

Por ello, no solo es necesario ser matrona, sino conocer todas las recomendaciones científicas, éticas y legales necesarias para una atención segura y de calidad.

Aunque existen guías por diferentes entidades y organizaciones, cabe recordar aquí (aunque resulte reiterativo el decir que la matrona tiene competencia para realizar un parto de bajo riesgo) y de manera resumida los requisitos mínimos para asumir la atención del parto domiciliario por parte de una matrona³:



- El plan de nacimiento se establezca antes de las 28 semanas de gestación. A partir de dicha fecha, será cada profesional el que valorará la conveniencia o no de atender a las embarazadas que lo decidan posteriormente.
- Es recomendable que se hagan un mínimo de cuatro visitas clínicas antes de la asistencia al parto, una de ellas en el mismo domicilio de la gestante
- Las mujeres aportarán todos los controles ecográficos y analíticos y otras pruebas complementarias necesarias que se hayan realizado.
- La gestación será nada más de un bebé y en presentación cefálica.
- El parto se asistirá en el domicilio cuando suceda entre las 37 y las 42 semanas de gestación.
- Es necesario que los criterios de normalidad se mantengan durante todo el proceso, es decir, que el embarazo sea de bajo riesgo. Cualquier desviación se valorará particularmente y se atenderá según convenga o se derivará en los casos necesarios.
- La elección de parir en casa ha de ser una elección informada y libre de la mujer. Nunca se ha de convencer ni imponer. Es crucial que la responsabilidad de la mujer y de su pareja en la elección de parir en casa se establezca y se asuma desde el principio.
- La gestante y su pareja, si la hubiera, complementarán la historia clínica. Este documento será confidencial y quedará archivado y custodiado por el profesional.
- Es necesaria la firma del consentimiento informado.
- El parto debería desarrollarse en un domicilio que cuente con agua corriente y calefacción y que tenga un hospital a una distancia igual o inferior a media hora.



Actualmente existe suficiente evidencia de diferentes organismos y asociaciones científicas, y estudios, entre ellos el de Reitsma, A et al (2020)⁴ que demuestran que en entornos donde el parto en casa está integrado en el sistema de salud, las mujeres que tenían la intención de dar a luz en casa en comparación con las que planeaban un parto en el hospital tenían un 40% menos probabilidades de dar a luz por cesárea, más de un 50% menos de probabilidades de tener un parto vaginal quirúrgico, 70% menos de probabilidades de usar analgesia epidural, 55% menos de probabilidades de someterse a una episiotomía, un 40% menos de probabilidades de experimentar un desgarro perineal de tercer o cuarto grado, y más de un 60% menos de probabilidades de recibir estimulación del trabajo de parto con oxitocina, no encontrando diferencias en el riesgo de hemorragia postparto.

ESTUDIO	PAÍS	TRASLADO EN NULÍPARAS	TRASLADO EN MULTÍPARAS
Hutton et al, 2009	Canadá	27,8%	4,5%
Cheyney et al, 2014	Estados Unidos	22,9%	7,5%
Birthplace in England Collaborative Group, 2011	Reino Unido	35,1%	6,4%
Scarf et al, 2019	Australia	23%	0,8%
Alcaraz-Vidal et al, 2021	España, Cataluña	14,4%	3,5%

No voy a extenderme en datos estadísticos ni científicos porque los tenéis todos en la ya citada guía elaborada por la FAME y que recomiendo su lectura si estáis más interesadas en el tema. Lo que sí quiero es dedicarle el resto de este artículo a los aspectos ético-legales que más me preocupan por desconocimiento de muchas compañeras.

MARCO ÉTICO PROFESIONAL:

La ética del parto domiciliario en España se centra en el conflicto entre la autonomía de la madre (su derecho a decidir dónde y cómo dar a luz) y el principio de beneficencia/no maleficencia del que ya hemos hablado tantas veces y que seguro conocéis.

❖ **El conflicto ético principal**

Autonomía de la gestante: Las organizaciones y defensores de los derechos reproductivos argumentan que toda mujer tiene el derecho fundamental a elegir el entorno de su parto. El parto se concibe como un proceso fisiológico y vital, no estrictamente como una patología médica, reivindicando el control sobre su propio cuerpo para evitar prácticas de violencia obstétrica (ya escribí sobre esto en dos artículos).





Seguridad y el interés del recién nacido: Los críticos de esta práctica, incluidos ciertos sectores médicos, sostienen que, aunque el embarazo sea de bajo riesgo, el parto puede complicarse de forma imprevisible. Desde esta perspectiva, la seguridad del nasciturus (el feto) cobra un peso ético enorme, ya que no puede consentir los riesgos inherentes de no estar en un entorno hospitalario con acceso inmediato a quirófanos o unidades de neonatología^{5, 6}. Todas y todos sabemos que en medicina no se pueden garantizar al 100% los resultados de cualquier práctica, pero sí los medios y recursos para que se minimicen los riesgos. En la obstetricia no todo es previsible y como decía un antiguo jefe, *“podemos hablar de un parto normal de éxito cuando ya ha acabado”*. Lo cierto es que la evidencia avala esta práctica de manera segura siempre que se den los requisitos necesarios y por el profesional indicado.

❖ **Marco legal y derechos reconocidos**

- **Jurisprudencia internacional:** El Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoce el derecho de la mujer a elegir las circunstancias y el lugar de su parto, instando a los Estados a facilitar el acceso a esta opción y garantizar su seguridad, conociendo toda la información proporcionada por los profesionales de manera veraz y comprensible.



- **Consentimiento informado:** La ética médica, o de cualquier otro profesional sanitario, actual exige que cualquier decisión sea libre, consciente y basada en una información veraz sobre los riesgos y beneficios de la atención domiciliaria frente a la hospitalaria.

Entre los requisitos expuestos en párrafos anteriores hay dos que tienen como base los aspectos éticos legales imprescindibles para una buena praxis, más allá de aspectos científico-técnicos:

- ✓ La elección de parir en casa ha de ser una elección informada y libre de la mujer. Nunca se ha de convencer ni imponer. Es crucial que la responsabilidad de la mujer y de su pareja en la elección de parir en casa se establezca y se asuma desde el principio: deben ser conocedores de la cualificación adecuada de la profesional que les va a atender (en nuestro caso matrona), ser sinceros con su situación clínica (presentar informes que corroboren que la gestación es de bajo riesgo y no existen complicaciones a priori), que disponen de los recursos necesarios (espacio, ambiente limpio...), deben ser conocedores también de los posibles riesgos o complicaciones que puedan surgir y que hagan necesario su traslado, deben conocer y asumir las diferentes prácticas para alivio del dolor, todo esto y algunas cosas más, tal y como viene recogido en la ley 41/2002⁷, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ✓ Es necesaria la firma del consentimiento informado que, aunque la ley exige que sea por escrito en aquellos casos en los que se practique cualquier técnica diagnóstica o terapéutica invasiva, en este caso concreto, de atención del parto domiciliario, es de una importancia crucial.

Por supuesto que, aunque no lo he escrito, deben estar presentes los valores éticos inherentes a cualquier profesión sanitaria, a saber, la responsabilidad, la honestidad, la empatía, el respeto de la intimidad, y otros tantos como los que recogen tanto los códigos de ética y deontología de enfermería como los de la matrona, sean nacionales o de los consejos autonómicos o internacionales. Así mismo, no debemos olvidar la obligación de conocer, no sólo las cuestiones éticas, sino también las legales que en el desarrollo de nuestra profesión están implícitas.



Las matronas debemos ser garantes de los derechos en salud sexual y reproductiva que tienen las mujeres y cumplir con nuestras obligaciones en lo que respecta a proporcionar la información pertinente, de manera veraz y científica que deba proporcionarse a la mujer que atendemos, gestante o no.

❖ **La realidad asistencial en España**

- **Exclusión del Sistema Nacional de Salud (SNS):** A diferencia de otros países europeos (como Holanda o Reino Unido, donde el parto en casa está integrado en la sanidad pública), en España esta opción no está cubierta por la sanidad pública. Las mujeres deben costearse los servicios de forma privada, cuyo precio suele oscilar entre los 1.200 y 2.500 euros con una profesional en el mejor de los casos, cuando no, que sea una doula o cualquier otro perfil sin la cualificación correspondiente. Aquí también podríamos contemplar la discriminación que esto puede conllevar porque no todas las mujeres que lo deseen pueden pagarse un parto en domicilio, generando injusticia por inequidad.

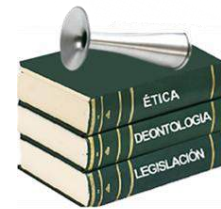


- **Postura de las asociaciones profesionales:** Entidades como la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) avalan la evidencia científica de que el parto en casa es seguro para gestantes de bajo riesgo si es atendido por personal cualificado. Sin embargo, insisten en la importancia de protocolos estrictos que incluyan, entre otros, una distancia segura de traslado a un hospital de referencia en caso de urgencia.

CONCLUSIONES:

Como diría el maestro, al que admiro, y profesor Dr. Diego Gracia, lo ideal entre dos situaciones extremas o contrapuestas, también llamado dilema, sería el curso intermedio de acción, tal cual es el caso de “a favor o en contra” de la atención al parto domiciliario en España. Y una solución factible, aunque escasa en España (solo existen dos y ambos en Cataluña), serían los Centros de Nacimiento. Me explico.

Estoy firmemente convencida de que si en España se estableciese de manera generalizada (universal) la atención en Centros de Nacimiento, tal y como la organización MUNet, liderada por la doctora Lucía Rocca-Ihenacho, matrona, cofundadora y CEO de esta entidad, las mujeres podrían tener todo lo que solicitan cuando expresan su deseo o motivos de elección para un parto domiciliario y al mismo tiempo, la seguridad clínica de ser atendidas en una zona anexa al propio hospital de referen-



cia, tal y como ocurre en Reino Unido, por profesionales cualificadas como so-mos las matronas.

Para aquellas que desconozcan MUNet, es una red internacional que se ocupa de soportar la implementación y la evaluación de los centros de nacimiento, unidades lideradas por matronas donde mujeres sanas con embarazo fisiológico reciben cuidados en un entorno más relajado y humanizado sin intervenciones innecesarias.



Sería una buena solución, abrir centros de nacimientos en todas las CCAA en lugar de cerrar aquellos que ya estaban proyectados. No obstante, para aquellas matronas que quieran o estén trabajando atendiendo partos domiciliarios, solo recomiendo prudencia y conocimiento de la responsabilidad que ello conlleva (asumible, desde luego) y conozcan todos los aspectos, científicos, éticos y legales, y eso lo da la formación específica y ampliada de los conocimientos básicos que se puedan dar dentro de la propia formación EIR de la especialidad de matrona.

Y siendo este el último artículo antes del verano, una frase de Aristóteles, conocido filósofo, sobre la prudencia: **“la prudencia es la capacidad de discernir lo que es correcto en situaciones concretas y actuar en consecuencia”** a quien Sócrates replicó añadiendo, que **“la prudencia es pensar antes de actuar”**, así que os deseo que disfrutéis de unas merecidas vacaciones de vuestro que-hacer laboral, lo desarrolléis en cualquier ámbito o área del ámbito profesional.



M.ª Isabel Castelló López. Presidenta Comité de Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

1-Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME), 2022 Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Documento basado en la evidencia.
 2- <https://www.cis-spain.com/blog/que-son-las-competencias-profesionales-y-como-desarrollarlas>
 3-Guía de asistencia al parto en casa, elaborada por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.
 4- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. In EclinicalMedicine (Vol. 21, p. 100319)
 5-El parto en casa en España. Anales de Pediatría. 2020 (<https://www.analesdepediatria.org/en-pdf-S1695403320305002>)
 6-Partos en casa vs. hospitalario, aspectos clínicos y éticos <https://www.observatoriobioetica.org/2015/02/partos-en-casa-vs-hospitalario-clinica-y-etica/6575>
 7- BOE-A-2002-22188 <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

**LA EXCELENCIA DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA EN MADRID
SE SOSTIENE SOBRE LAS PRECARIAS
CONDICIONES DE TRABAJO DE SUS
MATRONAS**



COMUNICADO DE LA
PLATAFORMA DE MATRONAS
DE AP DE MADRID

Agradecemos profundamente a la revista Infomatronas de la Asociación Española de Matronas el espacio brindado para visibilizar una realidad insostenible:

Históricamente, la administración en general y en concreto la Comunidad de Madrid ha abusado de la vocación y la responsabilidad de nuestro colectivo, para mantener un servicio fundamental e insustituible a muy bajo coste.

Detrás de los programas estrella de la Comunidad de Madrid, como el cribado de cáncer de cérvix (CERVICAM) o el programa Tarde Joven para la prevención de ITS, se esconde un maltrato institucional sistemático hacia la figura de la matrona.

Somos enfermeras especialistas con un nivel formativo y profesional elevadísimo. Sostenemos una responsabilidad crítica al asistir simultáneamente a dos pacientes en muchas de nuestras consultas: madre-feto y/o neonato. Somos figuras referentes en cada uno de los centros de salud en los que estamos, al que el resto de los profesionales recurre para el seguimiento de vulvovaginitis, problemas de lactancia, valoración del suelo pélvico o criterios de anticoncepción.

A pesar de asumir constantemente nuevas competencias, el Plan de Mejora Integral de Atención Primaria de 2022 nos excluyó deliberadamente de las mejoras salariales, provocando pérdidas directas en nuestras nóminas por el reajuste de la productividad fija vinculada a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Llegamos al extremo kafkiano de perder hasta 300 euros de sueldo cuando se incorpora una nueva compañera a la plantilla del centro.

La discriminación económica que sufrimos en Madrid raya en el escándalo. Según la Orden de 3 de febrero de 2026, de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo, la retribución propuesta para una matrona por población atendida (de 14 a 49 años) es de unos irrisorios 0,031 céntimos. En contraste, nuestros compañeros de enfermería con o sin especialidad perciben 0,33 céntimos por el mismo concepto: exactamente diez veces más. Todo esto mientras nuestros cupos oscilan, sin exagerar nada, entre las 10.000 y 20.000 pacientes, cuando el resto de los profesionales del centro de salud tiene su límite fijado en 2.000.



Esta asfixia económica y asistencial está provocando una alarmante fuga de talento. Muchas matronas prefieren ejercer como enfermeras generalistas debido a que las retribuciones son mejores y la carga de responsabilidad y trabajo es menor; otras emigran directamente al ámbito hospitalario o a la sanidad privada. La situación alcanza su punto más crítico durante el verano. El sistema se vuelve completamente insostenible debido a la nula previsión de las bolsas de contratación, que son incapaces de ofertar contratos atractivos para fidelizar a las matronas recién egresadas.

Lejos de cuidar al personal, la administración se niega a cubrir las sustituciones estivales, nos deniega el acceso a los módulos de absorción para paliar el déficit y no reconoce nuestros puestos como plazas de difícil cobertura.

El resultado es desolador: demoras inaceptables, derivaciones forzosas de pacientes a otros centros de salud donde serán atendidas por una matrona que no las tiene en su cupo y el resto de mujeres desatendidas por no haber matronas y considerarse sus consultas “demorables”.

La paradoja es que a la Administración prácticamente todo le parece que se puede posponer. Lo que no se ve es que el resultado es que a la vuelta de vacaciones la matrona tendrá sus agendas forzadas de citas “demorables” acumuladas y no “demorables”.

Somos una plantilla de apenas 300 matronas en la Atención Primaria del SERMAS para dar cobertura a toda la población de la Comunidad de Madrid. **Una cifra ridícula y escandalosa para el volumen de actividad que asumimos.**



Hemos constituido la **Plataforma de Matronas de Atención Primaria de Madrid** y contamos con el respaldo firmado de 210 de las 284 profesionales de la plantilla fija. Hemos llamado a todas las puertas: nos hemos reunido con los partidos políticos de la Asamblea de Madrid, con los sindicatos de la Mesa Sectorial y con la Gerente de Atención Primaria, Dña. Rosario Azcutia Gómez. **La respuesta siempre ha sido un acta con buenas intenciones y cero soluciones.**

Hacemos un llamamiento directo a los responsables últimos de esta gestión: al Consejero de Sanidad y a la Gerencia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Exigimos una rectificación retributiva inmediata que devuelva la dignidad económica a nuestra especialidad.

De lo contrario, si el abandono institucional persiste de cara a septiembre, iniciaremos un calendario de movilizaciones contundentes que incluirá paros parciales y culminará en una huelga general del colectivo.

Si a la Comunidad de Madrid realmente le importa la salud de sus mujeres y familias, debe empezar por respetar y pagar justamente a las matronas que la garantizan.

PLATAFORMA DE MATRONAS DE AP DE MADRID

EL HOSPITAL PÚBLICO CLÍNICO SAN CARLOS INVESTIGA LA FABRICACIÓN DE UN MEDICAMENTO PARA EL DAÑO CEREBRAL POR FALTA DE OXÍGENO EN RECIÉN NACIDOS



Investigadores del área de Neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital público Clínico San Carlos, de la Comunidad de Madrid, han iniciado el primer estudio en el mundo que implica la fabricación de un medicamento oral, basado en una formulación farmacológica con cannabidiol, para el tratamiento del daño cerebral en recién nacidos por falta de oxígeno al nacer. El objetivo de esta investigación, para la que los investigadores del Clínico San Carlos han obtenido una beca de la 'Fundación Caixa Research', es desarrollar una solución oral de cannabidiol, en forma de jarabe, para tratar la encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, que es una disfunción neurológica grave causada por la falta de oxígeno al nacer y la reducción de flujo sanguíneo al cerebro.

Se trata del primer estudio de estas características en el mundo, que realiza el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos en colaboración con especialistas de la unidad de ensayos clínicos de Farmacología Clínica y del Servicio de Farmacia Hospitalaria de este hospital público madrileño, en colaboración con el Departamento de Galénica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.

El desarrollo del fármaco se realizará en el propio Servicio de Farmacia del Hospital Clínico San Carlos con el fin de obtener una formulación segura, eficaz y adecuada para la población neonatal y adaptar el medicamento a sus necesidades específicas. Con nuestra participación en este estudio **“ponemos en valor nuestro compromiso con la investigación y con el desarrollo de medicamentos orientados**

a cubrir vacíos terapéuticos, especialmente en población neonatal, contribuyendo a la innovación en el ámbito de la farmacia hospitalaria”, expone la especialista del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos, Virginia Puebla.

El daño cerebral que se produce se debe al efecto nocivo combinado de tres elementos: la inflamación, el estrés oxidativo y la excitotoxicidad. **“En nuestros experimentos, el cannabidiol – un cannabinoide sin efecto psicoestimulante- ha demostrado controlar estos tres factores de forma simultánea, lo que explica su potente efecto beneficioso, sin mostrar ningún efecto secundario importante. De hecho, demostró proteger también otros órganos como el pulmón o el corazón”**, señala el investigador principal y jefe del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico San Carlos, José Martínez Orgado.

Reducción del tejido cerebral dañado sin secuelas motoras en estudios preclínicos

El resultado de las investigaciones del grupo de este hospital público madrileño, uno de los pocos en el mundo que ha publicado resultados sobre el cannabidiol como tratamiento para el daño cerebral neonatal de origen hipóxico-isquémico, **“ha demostrado en la fase preclínica llevada a cabo en modelo animal que con la administración de cannabidiol la lesión del tejido cerebral, tanto por su extensión como por la cantidad de células destruidas por la hipoxia-isquemia, se redujo entre un 50 y un 75%”**, expone Martínez Orgado.

Añade este investigador del Clínico San Carlos que, *“más significativamente, comprobamos en nuestra investigación que los animales que habían recibido cannabidiol sólo una vez, justo después del episodio hipóxico-isquémico, al llegar a la edad adulta no presentaban ninguna de las secuelas motoras y cognitivas que sí presentaban los animales que no fueron tratados. Es decir, que la recuperación funcional fue del 100%”*.

Por otro lado, en estudios preclínicos llevados a cabo por este grupo de investigadores del Clínico San Carlos, el cannabidiol *“ha demostrado colaborar exitosamente con la hipotermia, mostrando lo que se conoce como un efecto sinérgico, es decir, que en los casos graves en que la hipotermia no podía por sí misma reducir el daño cerebral, la asociación con cannabidiol conseguía reducir este daño casi completamente”*, explica Martínez Orgado.

Estos resultados determinaron que en 2019 se iniciara un ensayo clínico internacional para probar la combinación de **cannabidiol** e hipotermia en recién nacidos con encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, que tuvo que interrumpirse, en parte por la irrupción del Covid-19. El Hospital Clínico San Carlos participó en ese estudio con dos pacientes *“y pudimos comprobar cómo una de ellas, con un cuadro muy grave de falta de oxígeno al nacer que sugería un pronóstico muy desfavorable, superó la enfermedad y actualmente tiene un desarrollo prácticamente normal tras recibir cannabidiol”*, añade Martínez Orgado.

Actualmente, el único tratamiento en el primer mundo para el tratamiento del daño cerebral por falta de oxígeno al nacimiento, que causa muerte o discapacidad a más de dos millones de recién nacidos al año en el mundo, es la hipotermia terapéutica. Sin embargo, este tratamiento solo beneficia a poco más de la mitad de los pacientes, en muchos de los cuales persisten secuelas cuando pasan a la edad adulta por falta de un tratamiento eficaz.

La concesión de esta beca de investigación se fundamenta en la experiencia y resultados de

las investigaciones preclínicas llevadas a cabo en los últimos 20 años por este grupo de investigadores del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos, lideradas por el jefe del Servicio de Neonatología de este hospital público madrileño, José Martínez Orgado, que han sido publicados en varias revistas científicas como Pediatric Research, Frontiers in Neuroscience o Neuropharmacology.

Fuente. Comunidad de Madrid. Hospital Público Clínico San Carlos

LAS MATRONAS DE OSAKIDETZA DESCONVOCAN 9 JORNADAS DE HUELGA PREVISTAS PARA FRENAR EL DETERIORO DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES



SATSE y las matronas exigen un compromiso firme por parte de la dirección del servicio vasco de salud para garantizar una atención segura, accesible y de calidad para todas las mujeres de Euskadi.

Las matronas de Barrualde y Hospital de Cruces, junto con SATSE, el Sindicato de Enfermería en Euskadi, hace días anunciaban un nuevo calendario de movilizaciones para denunciar la grave falta de matronas que afecta tanto a la Atención Primaria como al ámbito hospitalario y que, según advierten, está comprometiendo la calidad de la atención que reciben las mujeres en Euskadi.

La convocatoria, impulsada por las matronas y respaldada por SATSE en defensa de las profesionales y de la salud de las mujeres, incluía 9 jornadas de huelga los días 17, 18, 23, 24, 25, 29, 30 de junio y 1 y 2 de julio.

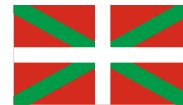
Estas movilizaciones llegan dos años después de las protestas y la huelga desarrolladas en 2024, que permitieron la creación de una mesa de trabajo específica en Osakidetza. Gracias a ese trabajo se han impulsado avances para unificar agendas, protocolos y cartera de servicios entre las distintas organizaciones sanitarias. Sin embargo, SATSE y las matronas denuncian que el problema de fondo continúa sin resolverse: la falta de contratación y planificación de profesionales. *"Dos años después seguimos sin una solución real. Se han dado pasos organizativos importantes, pero actualmente hay una matrona para más de 2.600 mujeres, por lo que resulta imposible garantizar una atención de calidad"*, señalan desde SATSE.

El Sindicato de Enfermería denuncia que Osakidetza sigue sin disponer de una planificación adecuada para hacer frente a las jubilaciones previstas, ni de un cálculo real de las ratios matrona-mujer que permita dimensionar correctamente las necesidades asistenciales.

La situación se agrava especialmente durante los periodos vacacionales, cuando en algunas organizaciones sanitarias las sustituciones son inexistentes o claramente insuficientes. No obstante, SATSE advierte de que la escasez de matronas ya no es un problema exclusivo del verano, sino una realidad permanente que afecta a la cobertura de bajas, permisos y reducciones de jornada durante todo el año. Aunque esta convocatoria de huelga está impulsada por las matronas del Hospital de Cruces y de Barrualde, el problema de escasez de profesionales en Euskadi y sus consecuencias es transversal, y afecta a los tres territorios y a todas las OSIs. De hecho, las matronas de otras OSI no descartan adherirse a la convocatoria de huelga si no obtienen medidas que solucionen el problema de falta de cobertura.

Las mujeres son las principales perjudicadas

Las consecuencias repercuten directamente sobre las mujeres, ya que la labor de las matronas no se limita al parto, sino que atienden a mujeres desde los 14 hasta los 70 años. En los hospitales, las matronas atienden urgencias obstétricas, partos, puerperio y vigilancia materno-fetal.



En Atención Primaria desarrollan funciones esenciales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, el embarazo, la lactancia, la menopausia, la prevención de enfermedades, cribados de cáncer, recuperación del suelo pélvico o incluso detección y acompañamiento en situaciones de violencia machista.

"Cuando faltan matronas, la atención se limita a las actividades consideradas prioritarias y muchas mujeres ven retrasados o directamente suspendidos servicios fundamentales para su salud. Las perjudicadas siempre son las mismas: las mujeres", denuncian las profesionales.

Además, la falta de cobertura obliga con frecuencia a que las matronas asuman la carga de trabajo de compañeras ausentes, incrementando la presión asistencial y dificultando el mantenimiento de los estándares de calidad que merecen las usuarias.

Soluciones estructurales YA

Por ello, SATSE y las matronas reclaman una contratación estable y planificada, la consideración de la categoría como puesto de difícil cobertura y la realización de un cálculo real de las ratios matrona-mujer tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario.

"Estamos ante un problema que afecta directamente a la salud de miles de mujeres. No podemos permitir que la falta de previsión siga normalizándose. Osakidetza debe actuar ya y ofrecer soluciones estructurales, no medidas temporales", concluyen desde SATSE.

Matronas suspenden la huelga tras acordar con Osakidetza mejoras de cara a verano y seguir negociando en otoño

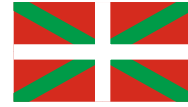
El sindicato reconoce que la suspensión de la huelga responde a una "decisión de responsabilidad" y a la voluntad de dar "margen a la negociación abierta con Osakidetza". No obstante, el colectivo de matronas mantiene un "profundo escepticismo" ante la posibilidad de que los compromisos adquiridos se

traduzcan en una situación insostenible y no. Nos vamos a conformarnos con anuncios o buenas palabras. Necesitamos hechos, compromisos firmes y soluciones estructurales que permitan garantizar una atención segura y de calidad para las mujeres", defienden desde SATSE.

"Las compañeras de Cruces han conseguido que las 10 matronas de día que iba a haber en el hospital sean 11. Y en la OSI Barrualde-Usansolo hemos conseguido que los contratos de seis meses revisables pasen directamente a ser de nueve meses, como en un primer momento nos prometieron. También hemos pedido un nuevo contrato para hacer el 50% de nuestra supervisora con un contrato del 50% para que ya sea un 100% y así cubrir contingencias y cosas que surjan. Además, Osakidetza ha aceptado celebrar una reunión el 5 de octubre para trabajar en la base del problema y conseguir las ratios matrona-mujer que nos corresponden".

"Se ha acordado también el precio real de las horas extra para todas las OSI para que no tengamos nosotras que ir negociando en cada OSI. Si vemos que después de la reunión de octubre Osakidetza pasa de nuestras reivindicaciones iremos a huelga", explican las trabajadoras a este periódico.

Así, el próximo 5 de octubre se celebrará una reunión específica entre representantes de las matronas y la dirección general de Osakidetza, en la que se revisarán una por una todas las reivindicaciones planteadas por el colectivo y el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos. *"Será una cita determinante para valorar si existe una voluntad real de resolver el problema estructural de falta de matronas en Osakidetza o si, por el contrario, la situación continuará cronificándose",* alertan desde el sindicato.



“El conflicto no desaparece. Lo que hacemos es dar una oportunidad a la negociación y esperar a comprobar si realmente se producen avances efectivos con las medidas comprometidas. Las profesionales están cansadas de promesas incumplidas y de seguir sosteniendo un sistema sin los recursos necesarios. Las reivindicaciones del colectivo siguen plenamente vigentes y son

una contratación estable y planificada, cobertura real de bajas, vacaciones y permisos, el reconocimiento de la categoría como puesto de difícil cobertura y una planificación ajustada a las necesidades reales de la población” explican desde el SATSE.

Fuente : SATSE



LAS MATRONAS ALZAN LA VOZ EN CANARIAS

“Nada que celebrar”



Con motivo del **Día Internacional de la Matrona**, celebrado el 5 de mayo, el Sindicato de Enfermería se ha manifestado junto con matronas de las dos islas canarias más importantes, Gran Canaria y Tenerife, bajo el lema 'Nada que celebrar' para resaltar el papel fundamental que desempeñan las matronas en el sistema sanitario público canario.

El colectivo se movilizó este 5 de mayo en el Día Internacional de la Matrona para denunciar la escasez de profesionales, la precariedad laboral y las limitaciones que afectan a la atención que reciben las mujeres en las Islas.

A las puertas del Hospital Materno infantil de Las Palmas de Gran Canaria y del Hospital de la Candelaria en Tenerife, el día 5 de Mayo no hubo felicitaciones. Este día en el que se celebró el Día Internacional de la Matrona, se vivió con un tono muy distinto: pancartas, una concentración y, sobre todo, un mensaje de evidente malestar.

La movilización no se limitó a ambas islas, también hubo protestas en el Hospital Doctor José Molina Orosa, en Lanzarote, además de en varios centros de salud.

Las profesionales aprovecharon la jornada para visibilizar una realidad que, aseguran, se repite año tras año sin cambios, debido al déficit de plazas. **"Hoy no estamos aquí para celebrar", leía Cristina Rivero durante el manifiesto. "Aquí estamos para decir alto y claro: "sin matronas, no hay salud", sentencian las profesionales de la salud.**

Escasez de personal

El problema, explican, no es nuevo. Canarias tiene la tasa de matronas por cada 100.000 mujeres en edad fértil más baja de Europa. Una cifra que, más allá de los informes, se ve en las consultas, en los paritorios y en el día a día de quienes trabajan en el sistema. Para acercarse a la media europea, harían falta al menos 300 profesionales más, solo en la provincia de Las Palmas. Detrás de ese déficit hay historias concretas. Como la de Saúl Herrador, que resume su trayectoria en una frase que impacta: **"He firmado 247 contratos en tres años, hoy voy por el 248"**. La estabilidad, cuenta, sigue siendo una excepción. **"Es vergonzoso y triste, nos formamos durante dos años y seguimos en una situación precaria"**, lamenta.

Consecuencias en la atención.

Esa precariedad no solo afecta a quienes ejercen, también tiene consecuencias directas en la atención. La sobrecarga asistencial y la falta de manos hacen que muchas veces no se pueda acompañar a las mujeres como les gustaría. **"Mi trabajo es el más bonito del mundo, pero da pena no poder cumplir con lo que las mujeres desean"**, explica la matrona Cristina Acosta.

Hablan de partos, sí, pero también de toma de decisiones y de momentos únicos. "Hay mujeres que solo van a vivir ese momento una vez", añade. Y no siempre pueden hacerlo como quisieran.



Falta de recursos

La falta de recursos también se cuele en situaciones cotidianas que pasan desapercibidas. Goretti Martel, matrona de atención primaria, lo cuenta desde su experiencia en la consulta: *"Hay veces que no conseguimos escuchar al bebé y tienes que derivar al hospital"*. Un proceso que, explica, genera una angustia totalmente innecesaria para la madre. *"Sabemos que con un ecógrafo podríamos confirmarlo en segundos, pero no nos dejan usarlos aun teniendo la formación"*, cuenta.

Las limitaciones no terminan ahí. María Santiago relata cómo, pese a estar formada, no puede ejercer como matrona. *"Tengo una plaza fija como enfermera y me piden renunciar a ella para optar a contratos temporales. Es imposible"*, protesta ante la incertidumbre que genera abandonar la estabilidad, situación que, además, asegura que viven otras compañeras.

matronas decidieron salir a la calle. No para celebrar, sino para reclamar cambios porque, como repiten, la vocación y el amor por lo que uno hace no suple la falta de recursos.



Sueldos devastadores

Mientras tanto, las condiciones laborales tampoco ayudan a retener el talento. Según denuncian los sindicatos, las matronas en Canarias cobran de media unos 433 euros menos que en otras comunidades, además de soportar altos niveles de temporalidad. Por lo tanto, muchas terminan marchándose.

Y todo esto en un contexto en el que su papel va mucho más allá del parto. Acompañan a las mujeres en todas las etapas: desde la salud sexual hasta la menopausia, pasando por el embarazo, el posparto o el duelo perinatal. Pero para hacerlo, insisten, hacen falta medios y personal.

A nivel global, la Confederación Internacional de Matronas habla de un déficit de un millón de profesionales. En Canarias, ese dato se traduce en una realidad más cercana: menos tiempo por paciente, más carga de trabajo y desigualdad en la atención. Por eso, en un día que debería ser de reconocimiento, las

Fotografías: Manifestación Día Internacional de la Matrona en el Hospital Materno-Infantil de Canarias . / FOTOS JOSÉ PÉREZ CURBEL



Manifestación de matronas a las puertas del Hospital de la Candelaria en Tenerife, 5 Mayo 2026.
Fotos SATSE

EL COLEGIO DE MATRONAS GANA UNA BATALLA LEGAL DE 10 AÑOS SOBRE SALARIOS Y CONDICIONES LABORALES. SENTENCIA HISTORICA PARA LAS MATRONAS DE NUEVA ZELANDA



La Comisión de Derechos Humanos Te Kāhui Tika Tangata celebra la decisión del Tribunal Superior publicada ayer en el caso New Zealand College of Midwives Inc v Attorney-General, en la que se determina que la Corona violó la Ley de Derechos Civiles y discriminó a las parteras autónomas por razón de su género.

El Tribunal determinó que existía una brecha salarial sustancial entre lo que recibían las matronas autónomas y lo que se consideraba una remuneración justa y razonable.

La comisionada para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo, la profesora Gail Pacheco, quien actuó como perito antes de comenzar su mandato en la Comisión de Derechos Humanos, presentó pruebas sustanciales en el juicio sobre la infravaloración estructural de las matronas autónomas.

La profesora Pacheco afirma: «Los salarios de esta profesión siguen viéndose afectados por una infravaloración histórica, reflejo de la desigualdad de género. Es necesario abordar activamente esta situación para lograr las correcciones salariales adecuadas».

“Quisiera reconocer el arduo trabajo y la dedicación de quienes presentaron la demanda y, en particular, de las matronas que se han mantenido firmes en su empeño por conseguir una remuneración justa por el trabajo vital, emocionalmente exigente y especializado que realizan cada día.”

La medida se tomó en nombre de cerca

de 1500 matronas de atención a la maternidad.

La decisión del Tribunal Superior llega en un momento en que el derecho de los empleados neozelandeses a la igualdad salarial se ha visto seriamente menoscabado. Las enmiendas de 2025 a la Ley de Igualdad Salarial provocaron la paralización de 33 demandas activas, que representaban a miles de trabajadores, y dificultaron considerablemente la presentación de nuevas demandas.

La igualdad salarial, es decir, la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor, es un derecho humano fundamental. Sin embargo, en Nueva Zelanda persisten las desigualdades salariales que afectan a ocupaciones históricamente dominadas por mujeres. Lograr la igualdad salarial es esencial para garantizar que el trabajo de cada persona sea valorado y reciba una remuneración justa.

“Esta es una victoria para las matronas, pero sobre todo para las mujeres, los bebés, las familias y las comunidades que son el centro del trabajo de LMC. Más de 55.000 mujeres y sus bebés reciben cada año atención esencial durante el embarazo, el parto y el posparto por parte de matronas comunitarias. La sociedad se beneficia si estas matronas reciben una remuneración adecuada; si sus condiciones laborales y contratos son justos y no discriminatorios; y si cuentan con los sistemas de apoyo necesarios para desempeñar un trabajo que exige dedicación las 24 horas del día, los 7 días de la semana.”



Eddy afirma que la decisión de emprender acciones legales no se tomó a la ligera, sino que se produjo después de casi una década de intentar conseguir un resultado justo y equitativo por parte del gobierno y de dos acuerdos extrajudiciales distintos, ambos incumplidos por la Corona.

“Desde 2015, la universidad identificó problemas urgentes y sistémicos que afectan al personal de LMC. Desde entonces, la universidad ha estado abogando por que se aborden estos problemas y, si bien emprender acciones legales no era nuestra opción preferida, finalmente sentimos que era necesario implementar un cambio”.

“Esperamos que la exitosa decisión de la demanda colectiva de hoy permita un futuro más sostenible para las matronas y sus comunidades, por el que hemos estado luchando.”

Según la legislación vigente, las matronas certificadas por el LMC no pueden negociar su salario ni sus condiciones laborales con la Corona, a diferencia de otros profesionales sanitarios de atención primaria como los médicos de cabecera o los farmacéuticos comunitarios. Eddy afirma que exigir a la Corona que cumpliera su compromiso contractual de desarrollar e implementar un nuevo modelo de contrato que otorgara a las matronas certificadas derechos similares fue un factor clave para emprender acciones legales.

El Colegio de Matronas también solicitó la inversión nacional adecuada para promover la sostenibilidad de la fuerza laboral y gestionar las exigencias del servicio 24 horas al día, 7 días a la semana, que prestan las matronas comunitarias.

La demanda colectiva fue financiada por Omni Bridgeway, una empresa global de financiación de litigios. Jacob Kerkin, gerente de inversiones de Omni Bridgeway en Nueva Zelanda, afirma: «Las matronas desempeñan un papel fundamental en nuestras comunidades, brindando atención y apoyo esenciales a las mujeres y sus familias en

toda Nueva Zelanda. En Omni Bridgeway nos complace apoyar al Colegio de Matronas de Nueva Zelanda en la tramitación de esta demanda ante los tribunales para reivindicar los derechos de sus miembros».

Acceso y resumen de la sentencia completa : <https://www.courtsofnz.govt.nz/cases/the-nz-college-of-midwives-v-attorney-general>

FUENTE: RNZ

NUEVA PRESIDENTA DE LA CONFEDERACION INTERNACIONAL DE MATRONAS (ICM)



La Confederación Internacional de Matronas (ICM) ha anunciado que **Alison Eddy** ha sido elegida **nueva presidenta de la ICM para el trienio 2027-2029**, tras la votación del Consejo celebrada el 11 de junio de 2026 en la reunión del Consejo de la ICM en Lisboa, Portugal. El mandato de Alison como presidenta comenzó en la ceremonia de clausura del 34.º Congreso Trienal de la ICM, el 18 de junio de 2026.

La ICM expresó su sincero agradecimiento a la presidenta saliente, Sandra Oyarzo Torres, y a la junta directiva saliente por su liderazgo, compromiso y servicio a la ICM. Durante su gestión, Sandra dirigió la ICM con profunda dedicación a las matronas, las mujeres, los recién nacidos y las comunidades, al tiempo que guió a la Confederación a través de un período de crecimiento, transición y renovada defensa global de la profesión de partería.

Alison Eddy es una matrona experimentada de Nueva Zelanda con más de dos décadas de trayectoria en la práctica clínica, el liderazgo, la gobernanza, la educación y la defensa de los derechos de las matronas. Actualmente, es Directora Ejecutiva del Colegio de Matronas de Nueva Zelanda, donde ha contribuido a las estrategias nacionales, el desarrollo de políticas, los marcos profesionales, los modelos de financiación y las iniciativas para fortalecer la práctica de la partería y los servicios de maternidad.

A nivel nacional, Alison ha colaborado estrechamente con proveedores de educa-

ción, organismos reguladores, grupos multidisciplinarios, parteras maoríes, representantes de consumidores y líderes del sector salud para fortalecer los estándares de la partería, mejorar las condiciones laborales y apoyar su integración en el sistema de salud. Su labor ha incluido la defensa de una remuneración justa, la mejora de los modelos de financiación y contratación, el apoyo a la fuerza laboral de parteras rurales, la vacunación materna, la seguridad cultural, la equidad y la continuidad de los modelos de atención de parteras.

Alison también ha sido miembro de la Junta Regional de ICM para la región del Pacífico Occidental, donde ha representado a la partería en foros internacionales, ha apoyado la colaboración regional con las asociaciones miembro y ha contribuido a la gobernanza de ICM. Ha sido miembro del Comité de Finanzas, Auditoría y Riesgos de ICM y ha representado a la partería en funciones como la Comisión Lancet sobre Salud Materna y Neonatal y el Grupo Asesor de Investigación en Partería del Instituto Burnet.

Fuente : ICM



EL CECOVA REAFIRMA SU COMPROMISO CON LA EXCELENCIA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA DE LAS MATRONAS

El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), a través de su vocal matrona, Maribel Castelló López, ha participado en el acto de inauguración de la XXIX Promoción de Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) de la Comunidad Valenciana, celebrado en el Salón de Actos del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia y organizado por la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana junto con la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES).

El acto institucional de apertura ha contado con la intervención de Cristina Barrios Mata, directora de Enfermería del Hospital Universitario Doctor Peset; Rafael Peset Pérez, director de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES); Maribel Castelló López, vocal de Matronas del Cecova; e Isabel González Martín, vicepresidenta de la Asociación de Comadronas de la Comunidad Valenciana (ACCV). La sesión ha sido moderada por Lola Serrano Raya, presidenta de la Comisión de Docencia y jefa de Estudios de la U. D. de Matronas de la C. Valenciana.

Durante su intervención, Maribel Castelló ha trasladado la bienvenida del conjunto de la profesión enfermera valenciana a las nuevas residentes y ha subrayado la relevancia de esta etapa formativa. ***“La formación especializada en Enfermería Obstétrico-Ginecológica ha constituido una garantía de calidad asistencial para las mujeres, los recién nacidos y sus familias, y ha situado a las matronas como profesionales imprescindibles dentro del sistema sanitario”***, ha afirmado.

Asimismo, la vocal matrona del Cecova ha destacado que cada nueva promoción de especialistas ***“representa una inversión en salud, conocimiento matrona en la gestión y cuidados avanzados, por lo que desde el CECOVA hemos reiterado nuestro compromiso con el profesional, científico y humano de las futuras matronas de la Comunidad Valenciana”***.

La jornada ha continuado con la conferencia inaugural titulada ***“Liderar para cuidar: la***

ESTRENO DEL DOCUMENTAL “ SI YO FUERA MATRONA ”

Creemos en la influencia tanto de la literatura como del cine como recursos expresivos que intentan documentar, dar testimonio de una realidad, en algún caso retratar y relatar una historia para transmitir a través de ella un mensaje.



Independientemente del lugar en que se edite o se filme, todo aquello que tiene relación con las matronas creemos que es “un marketing” para la profesión, enfrenta al público con una profesión imprescindible en el desenvolvimiento y desarrollo humano y pone el foco en sus asistentes principales: las matronas. Por eso, os traemos a estas páginas este documental recién estrenado y del que aun dudamos si estará disponible fuera de Francia, por lo que estaremos muy atentos a su disponibilidad.

En *Si yo fuera matrona*, la periodista y madre de dos hijos **Sidonie Bonnec** se sumerge en **una profesión esencial**, practicada en cuatro continentes (Francia, Senegal, Guatemala y Nepal), para comprender qué revela el nacimiento sobre nuestras sociedades.

De un país a otro, los contextos varían radicalmente: hospitales saturados, aldeas aisladas, tradiciones ancestrales o sistemas de salud aún en construcción.

Los recursos cambian, al igual que las prácticas, pero una realidad permanece inalterable: los mismos temores, las mismas emergencias, las mismas emociones al dar la bienvenida a la vida.

Este documental original sigue a las mujeres que cuidan de otras mujeres durante este momento crucial: heroínas cotidianas, a menudo invisibles pero indispensables. A través de una narración personal, Sidonie Bonnec revela una profesión que se encuentra en el corazón de lo íntimo y vital.

En Lille, Sidonie comparte el día a día de Jessica en uno de los hospitales de maternidad más grandes de Francia, donde, entre embarazos de alto riesgo y peticiones de partos fisiológicos, destaca la fuerza del trabajo en equipo.

Es un verdadero privilegio para nuestra profesión poder compartir un momento que la gente jamás olvidará.

Jessica

En Senegal, acompaña a **Oumy** a aldeas remotas de Casamance, donde algunas mujeres tienen que viajar durante horas por caminos de tierra para dar a luz en condiciones seguras.

Senegal ha optado por un enfoque local para reducir a la mitad la mortalidad materna. Por ello, Oumy debe desplazarse a las aldeas más remotas de Casamance.

A pesar de estos esfuerzos, algunas mujeres aún tienen que viajar durante horas por caminos de tierra para dar a luz en un entorno de seguridad.

Tengo que ser pediatra. Tengo que ser ginecóloga. Tengo que ser psicóloga. Todas las especialidades.

Oumy

En Guatemala, se sumerge en el fascinante mundo de las comadronas, las parteras tradicionales mayas, entre ceremonias de fuego, medicina tradicional y emergencias obstétricas.

Cuando llegue el momento del parto, ¡lo sabré! Es la luna madre la que me envía una señal.

María Graciela

En **Nepal**, donde la regulación de la profesión de matrona es muy reciente, Sidonie, conoce a **Suma**, una estudiante de 23 años que quiere revolucionar la forma de dar a luz en su país y convertirse en la primera comadrona de su pueblo.

Si lo consigo, seré la primera matrona en prestar servicios en mi pueblo. Sabrán que esta profesión existe.

Suma

A través de partos y encuentros, **Sidonie Bonnec** descubre a mujeres que salvan vidas en la sombra, a menudo a costa de inmensos sacrificios.

Detrás de cada nacimiento sigue estando en juego la supervivencia: cada año, casi 300.000 mujeres mueren durante el parto y 4,5 millones de niños en el mundo no llegan a cumplir cinco años.

Un viaje conmovedor y espectacular al corazón de este momento universal: el nacimiento.

Sidonie Bonnec:

«Conocer a estas parteras de todos los rincones del mundo me conmovió profundamente

y me transformó. Porque, a pesar de la diversidad de nuestras culturas, nos unió una cercanía inmediata, porque descubrí mujeres que dedican cada segundo de su existencia a los demás, a las madres, a los bebés por nacer.

Son mujeres trabajadoras, aventureras cotidianas, que a menudo hacen grandes sacrificios. Recorren kilómetros, se enfrentan a la falta de recursos, al cansancio y, a veces, al peligro, para apoyar ese momento frágil y universal que es el nacimiento.

Su vocación es deslumbrante, y me complace contarles su historia hoy ».

Najat Vallaud-Belkacem, autora:

«Una visión universal de la vida vivida simultáneamente en cuatro contextos y culturas completamente diferentes. Explora lo que nos hace tan fundamentalmente similares: nuestra humanidad compartida. Un antídoto contra las divisiones del mundo ».

Loraine Canayer, directora:

Con «Si yo fuera comadrona», quise contar la historia del parto desde la perspectiva de quienes lo acompañan a diario, lo más cerca posible de las mujeres y las familias. No a través del discurso de los expertos, sino desde las salas de parto, los caminos, los pueblos y las maternidades.

La película narra la historia de mujeres que a veces se encuentran solas en la frontera entre la vida y la muerte. Estas heroínas discretas, a través de sus acciones, su capacidad de escuchar y su compromiso, también revelan lo que la sociedad dice sobre las mujeres en el momento del parto.

Fuente:Ouest France/

france•tv&VOUS

Algunas cifras

- ✓ Cada segundo nacen cuatro niños, lo que supone 370.000 al día y aproximadamente 135 millones al año en todo el mundo.
- ✓ Cada año mueren 300.000 mujeres al dar a luz.
- ✓ Cada año mueren 4,5 millones de niños antes de cumplir los 5 años.
- ✓ Existe una escasez de 900.000 matronas en todo el mundo.
- ✓ En Nepal solo hay 200 parteras para una población de 30 millones de habitantes.



Jessica, Peguy y Sidonie (en el centro) y el equipo de maternidad de Lille.(Francia) © Babel Doc

Sidonie y María-Graciela. (Guatemala) © Babel Doc



Suma con un bebé recién nacido 8 Nepal) ©

Oumy et Sidonie. © Babel Doc(Senegal)

UN MILLÓN MÁS DE MATRONAS: LA SESIÓN PLENARIA 1ª DEL 34 CONGRESO ICM, MARCA LA PAUTA PARA EL CAMBIO EN LOS SISTEMAS DE SALUD.



El 34 Congreso de la ICM ha reunido estos pasados días de Junio en Lisboa a 3.000 participantes de todo el mundo, entre ellos matronas, ministros, responsables políticos, investigadores, educadores, donantes, socios, organizaciones humanitarias y miembros de la sociedad civil. La primera sesión plenaria del Congreso Trienal del ICM 2026 se inauguró con la misma energía que llenó las calles de Lisboa el día anterior: cantos, bailes, alegría y un llamamiento común a favor de un millón más de matronas.

Pero desde el principio, la sesión dejó claro que este llamamiento va más allá del simple aumento de cifras. La iniciativa «Un millón más de matronas» también se centra en el liderazgo: matronas formadas según estándares internacionales, capaces de ejercer en todo su ámbito de práctica, protegidas por la normativa, respaldadas por asociaciones sólidas y reconocidas como voces esenciales en la toma de decisiones del sistema sanitario.

Durante la conferencia magistral y el panel de discusión, los ponentes vincularon esta visión con experiencias reales de diversos países. Desde India hasta Somalilandia, Escocia y Namibia, compartieron cómo las matronas impulsan el cambio en educación, gobernanza, respuesta a crisis, regulación, salud y derechos sexuales y reproductivos, y modelos de atención. A través de sus historias, la sesión mostró los desafíos que las matronas están superando, los sistemas que aún necesitan transformarse y el impacto que el liderazgo de las matronas puede tener en las mujeres, los recién nacidos, las familias y las comunidades.

Antes de dar paso al programa formal, ICM también rindió homenaje a las matronas que no pudieron estar presentes: aquellas a quienes se les denegaron los visados, aquellas que no pudieron dejar a sus familias, aquellas que no pudieron obtener financiación y aquellas que viven y trabajan en contextos de crisis y ayuda humanitaria.

“Las matronas que están en casa haciendo todo el trabajo”, se recordó a los presentes, “están muy presentes con nosotros durante este Congreso”.

Ese espíritu marcó la sesión plenaria. Se trató de una sesión sobre el futuro de la profesión, pero también sobre el liderazgo que ya se ejerce a diario en clínicas, aulas, comunidades, asociaciones, ministerios y sistemas de salud de todo el mundo.

Las matronas deben ser reconocidas como líderes.

Magda Robalo inauguró la sesión plenaria con un discurso de apertura que situó la partería dentro de la lucha más amplia por la equidad de género en el liderazgo sanitario.

“Invertir en parteras es una de las inversiones más poderosas que podemos hacer en equidad sanitaria, equidad de género y desarrollo sostenible”, afirmó.

Magda recordó a la audiencia que las mujeres representan casi el 70 % del personal sanitario y asistencial a nivel mundial, pero siguen estando infrarrepresentadas en puestos de liderazgo. En la partería, esta brecha es aún más evidente. Las matronas proporcionan cuidados esenciales a lo largo de toda la vida, pero su experiencia todavía se omite con demasiada frecuencia en las decisiones políticas, de gobernanza y de financiación.

Su mensaje fue directo: *“El futuro de la partería no depende solo de tener un millón más de parteras. Depende de tener un millón más de líderes en partería”.*

Hizo un llamamiento para que las matronas estuvieran presentes en las clínicas y las comunidades, pero también en los consejos de administración de los hospitales, en los ministerios de sanidad, en las instituciones de investigación, en las asociaciones profesionales y en los organismos rectores de la salud a nivel mundial.

“No esperen a que les den permiso para liderar”, les dijo a las matronas. “Su experiencia importa. Su voz importa. Su vivencia importa”.

Educación que cambia la atención

El panel, moderado por Jacqueline Dunkley-Bent, reunió perspectivas de India, Somalilandia, Escocia y Namibia. Jacqueline invitó a cada ponente a reflexionar sobre lo que significa el programa Un millón más de matronas en el contexto de su país y cómo las matronas ya están impulsando el progreso de los sistemas de salud.

Inderjeet Kaur habló sobre la magnitud de la natalidad en la India, donde nacen 25 millones de bebés cada año. Reconoció el progreso del país en el aumento de los partos en instituciones médicas, pero advirtió que el acceso por sí solo no es suficiente.

“El acceso no es lo mismo que la calidad”, afirmó.

En algunas zonas del sur de la India, explicó Inderjeet, las tasas de cesáreas en centros privados pueden alcanzar entre el 80 y el 90 %. Esto no se debe a que las mujeres siempre necesiten un parto quirúrgico, sino a que muchos sistemas no están diseñados teniendo en cuenta la fisiología del parto natural.

Su mensaje fue que la formación de matronas debe ampliarse tanto en el ámbito público como en el privado, y que debe cumplir con los estándares globales de la ICM. Puso como ejemplo el Hospital Fernández, donde las matronas han atendido miles de partos y contribuido a reducir las intervenciones innecesarias.

“No se trata de cuántas matronas necesitamos”, dijo. “Se trata del tipo de matronas que están”.

Los sistemas deben estar preparados antes de la crisis.

Jama Egal trasladó el debate a contextos humanitarios y relacionados con el clima.

“Los embarazos no se detienen durante las inundaciones”, dijo. “Los bebés siguen naciendo durante estas crisis”.

Su intervención demostró por qué es fundamental invertir en parteras antes de una crisis. En Somalilandia, las parteras han contribuido a reconstruir los sistemas de salud, fortalecer la educación y apoyar la regulación tras años de interrupciones. Jama describió cómo la Asociación de Matronas ha desempeñado un papel fundamental, incluyendo la creación del sistema regulatorio del país y, recientemente, la obtención de su propio edificio.

Para Jama, esto era una señal de sostenibilidad y liderazgo. «One Million More Midwives no se trata solo de la persona», dijo. «Se trata de establecer el sistema, y el sistema no funciona sin las matronas».

Abordar la desigualdad a través de modelos de atención de partería.

Jaki Lambert habló sobre la desigualdad, la dotación de personal adecuada y la fortaleza de las comunidades de matronas.

“Las desigualdades no son accidentales”, dijo. “Son una decisión política”.

Describió a las matronas como profesionales que trabajan donde la desigualdad es más visible, y argumentó que la evidencia y las herramientas solo marcan la diferencia cuando las matronas están presentes para convertirlas en atención. La intervención más eficaz, afirmó, es una relación sólida y de confianza con una matrona.

Los ejemplos que Jaki presentó en Escocia demostraron cómo los estudiantes, las matronas noveles, las asociaciones profesionales y la participación del gobierno han propiciado cambios concretos, como garantías de empleo, programas de tutoría y revisiones nacionales de la atención a la maternidad.

“Las mujeres prosperarán cuando las matronas prosperen”, afirmó.

Protección jurídica y confianza profesional

Sylvia Hamata aportó una perspectiva diferente pero esencial: las condiciones legales y reglamentarias que las matronas necesitan para brindar atención con confianza.

Describió cómo la partería en Namibia a menudo ha estado oculta dentro de la enfermería, lo que ha hecho que las matronas sean menos visibles en la regulación, el liderazgo y el desarrollo profesional. Para Namibia, **“Un Millón Más de Parteras”**, significa más que aumentar la fuerza laboral. Significa capacitar a las matronas *“legal, institucional y profesionalmente para ejercer su profesión en toda su extensión”*.

Sylvia habló sobre el temor a los litigios, los procesos disciplinarios y la incertidumbre en torno a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención relacionada con el aborto. Cuando las matronas desconocen la ley o se sienten desprotegidas, los servicios pueden retrasar-

se o denegarse.

“Cuando las matronas reciben este tipo de apoyo, las mujeres se benefician directamente”, afirmó .

Una sesión plenaria que pasó de la celebración a la acción.

La sesión estuvo marcada por la alegría del Congreso, pero también planteó preguntas difíciles. ¿Qué tipo de matronas se están formando? ¿Quiénes lideran? ¿Están las matronas protegidas por ley y reglamento? ¿Se las ubica donde las mujeres más las necesitan? ¿Están los sistemas de salud preparados ante una crisis?

La respuesta desde el escenario fue clara: Un millón más de matronas es un objetivo laboral, pero también una agenda de liderazgo. Requiere matronas capacitadas, protegidas, respetadas, con una remuneración justa, bien ubicadas y capaces de ejercer su profesión en toda su extensión.

Como dijo Magda: *“Cuando las matronas toman la iniciativa, los sistemas de salud se fortalecen”.*

Ese fue el mensaje de la primera sesión plenaria, y el tono que marcó para los días venideros.



Conferenciantes de la 1ª Sesión Plenaria

EXPLORANDO EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LAS MATRONAS TRAS MUERTES MATERNAS: UNA REVISIÓN INTEGRADORA



La salud mental de las matronas es crucial tanto para su desempeño profesional como para su bienestar personal, especialmente tras incidentes traumáticos como la muerte materna. Si bien estas experiencias pueden ser emocionalmente agotadoras, la investigación sobre los mecanismos de afrontamiento que emplean las matronas en tales situaciones es escasa. El bienestar psicológico de las matronas es una preocupación mundial en el contexto de la prestación de servicios de salud materna que disminuyen la productividad en el lugar de trabajo (Shaghghi y otros, 2019).

La creciente preocupación se refiere a la insuficiencia de recursos imperativos para los servicios de maternidad, lo que contribuye significativamente a la mortalidad materna. Esto incluye déficits tanto en recursos humanos como en equipamiento. La literatura indica que la ocurrencia de muertes maternas tiene un impacto perjudicial en las matronas, que con frecuencia sufren angustia emocional y enfrentan dificultades para ejecutar sus responsabilidades profesionales (Mullira y Bezuidenhout, 2015). A esta preocupación se suma un desafío significativo en la profesión de partería en Australia (Sheehy y Baird, 2022), lo que contribuye a los problemas de rotación y retención de personal debido al estrés psicológico, el agotamiento y la insatisfacción laboral (Wahlberg y otros, 2020).

Investigaciones previas han demostrado que presenciar la muerte materna afecta negativamente la psicología de las matronas, las alteraciones cognitivas, la calidad de vida laboral e incluso la vida familiar (Çankaya y Dikmen, 2020 ; Dartey y Phuma-Ngaiyaye, 2020).

Esta revisión integradora busca investigar y combinar estudios actuales sobre la salud mental de las matronas tras experimentar la mortalidad materna, identificando los efectos psicológicos, las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo disponibles.

Para la realización de este artículo, Exploring the psychological well-being of midwives after maternal deaths: an integrative review , el grupo de trabajo llevó a cabo una revisión integradora mediante la búsqueda en bases de datos como PubMed, PsycINFO, CINAHL y Google Scholar. Se seleccionaron estudios publicados entre 2015 y 2025 que examinaran las reacciones psicológicas de las matronas ante la muerte materna.

Resultados:

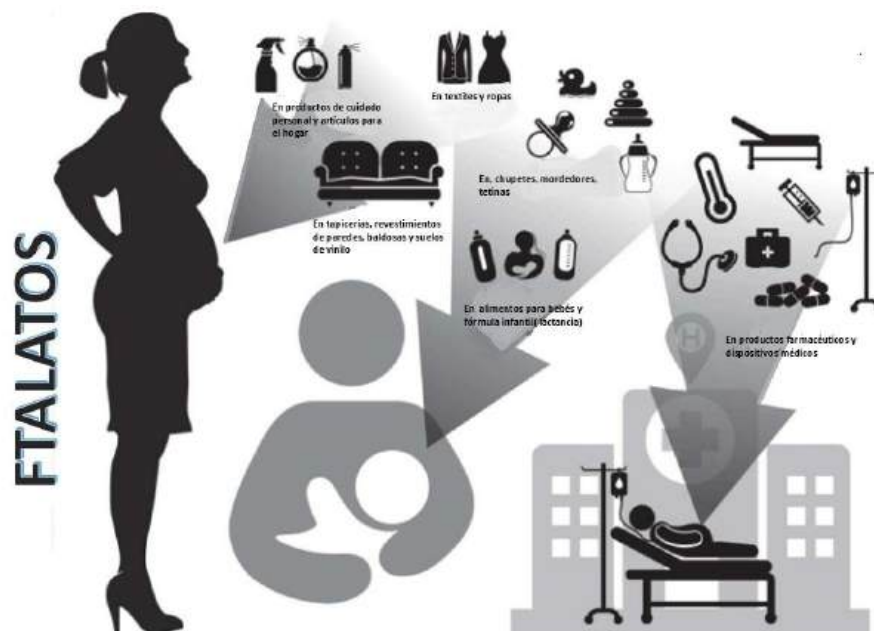
En la revisión se analizaron diez estudios, que revelaron diversos efectos psicológicos en las matronas, como culpa, ansiedad, depresión y agotamiento. Los mecanismos de afrontamiento incluyeron el apoyo entre pares, la orientación profesional y las sesiones informativas posteriores a la intervención. Además, el nivel de apoyo institucional mostró una variación significativa.

Discusión:

Esta revisión integradora describe el considerable sufrimiento psicológico que experimentan las matronas tras la muerte materna, como el duelo, la culpa, la ansiedad y el trauma secundario, especialmente en entornos con recursos limitados. Mecanismos de afrontamiento como el apoyo entre pares, las sesiones de apoyo psicológico y las prácticas espirituales brindan cierto alivio, pero con frecuencia resultan insuficientes debido a la falta de un respaldo institucional adecuado. La revisión aboga por una mayor investigación sobre los efectos a largo plazo, estrategias para fortalecer la resiliencia y la formulación de políticas y servicios de salud mental con enfoque en el trauma para brindar un mejor apoyo a las matronas en diversos contextos de atención médica.

Acceso a artículo completo: Exploring the psychological well-being of midwives after maternal deaths: an integrative review

<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2026.1676481/full>



DETECTADAS HASTA 45 SUSTANCIAS QUÍMICAS INVISIBLES EN EL DÍA A DÍA QUE PODRÍAN ADELANTAR EL PARTO Y REDUCIR EL PESO AL NACER

En uno de los estudios más extensos realizados hasta la fecha sobre la exposición a sustancias químicas durante el embarazo, una nueva investigación liderada por la Escuela de Salud Pública Global Gillings de la UNC, la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford y el Instituto Woods para el Medio Ambiente ha revelado que las mujeres embarazadas están expuestas a decenas de sustancias químicas cotidianas, muchas de las cuales pueden influir en la edad gestacional o el peso al nacer del bebé. Estas consecuencias repercuten en la salud del niño a lo largo de su vida.

La investigación, *Gestational Exposure to 10 Classes of Priority Chemicals and Birth Outcomes in the ECHO Cohort*, publicada en *JAMA Network Open*, reveló que las mujeres embarazadas participantes en el estudio estuvieron expuestas a un promedio de 45 sustancias químicas diferentes, entre ellas ftalatos, plastificantes de reemplazo, hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y fenoles halogenados. Estas sustancias químicas se encuentran en alimentos, agua, contaminación atmosférica, productos de cuidado personal, fragancias y otros objetos domésticos.

“Es difícil evitar estas sustancias químicas porque se encuentran en una amplia gama de productos que usamos a diario. Puede ser complicado saber si los productos las contienen, e incluso cuando lo sabemos, nuestro control sobre la exposición es limitado”, afirmó la primera autora, Jessie Bukley, doctora en epidemiología y profesora de la Escuela Gillings. “Si bien existen algunas medidas prácticas que las personas pueden tomar, reducir la exposición a sustancias químicas nocivas en su origen es la forma más eficaz de proteger a los niños y las familias”.

Los ftalatos y los plastificantes sustitutivos, en particular, se encuentran en muchos productos para el cuidado del bebé, como juguetes, cremas para pañales, champús y otros. En 2017, la Comisión de

Seguridad de Productos del Consumidor de Estados Unidos prohibió de forma permanente o limitó severamente el uso de ocho ftalatos comunes en juguetes y productos infantiles debido a que la exposición a estos puede tener efectos nocivos para la salud. Sin embargo, esta medida no abarcó otros productos, incluidos los utilizados durante el embarazo. El nuevo estudio halló varios ftalatos adicionales, incluidos los que sustituyeron a los ftalatos prohibidos, y sustancias químicas plastificantes en muestras de mujeres.

El estudio incluyó a más de 5000 parejas de madres e hijos nacidos entre 2000 y 2021 y recopiló datos sobre sustancias químicas presentes en muestras de orina materna, duración del embarazo y peso al nacer. Los investigadores analizaron 113 sustancias químicas comunes en los hogares, el aire, los alimentos y el agua, y descubrieron que, en promedio, 45 estaban presentes en cada muestra (el máximo observado fue de 64). Posteriormente, el equipo examinó cómo las diferencias en la edad gestacional y el peso al nacer se relacionaban con la exposición a estas sustancias químicas. Varios ftalatos y plastificantes alternativos mostraron una asociación consistente con partos prematuros. Los ftalatos, los plastificantes de reemplazo y los HAP también se vincularon con un menor peso al nacer. Algunos compuestos químicos menos estudiados que los investigadores identificaron, incluidos los fenoles halogenados, también se asociaron con un menor peso al nacer.

Acceso abierto a artículo completo:

https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2850460?guestAccessKey=7cac8b3a-a662-4133-8a2d-daf454a013fc&utm_source=for_the_media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_content=tfl&utm_term=061726

Fuente: *JAMA Network Open*

-



EFFECTOS DE LOS TURNOS NOCTURNOS EN EL SUEÑO, RENDIMIENTO COGNITIVO Y ANSIEDAD, EN ENFERMERAS DE URGENCIAS

Se ha publicado recientemente un artículo de investigación elaborado por un grupo de trabajo de la Universidad de Extremadura, titulado "Effects of Night Shifts on Sleep, Cognitive Performance, and Anxiety in Emergency Nurses: An Observational Within-Subject Study" (Efectos de los turnos nocturnos en el sueño, rendimiento cognitivo y la ansiedad en enfermeras de urgencias: un estudio observacional intrasujeto.).

El objetivo del grupo de trabajo fue investigar los efectos de los turnos nocturnos (NS) sobre la oxigenación cerebral, el rendimiento cognitivo y la ansiedad en el personal de enfermería de urgencias, y examinar el papel de la duración del sueño en la modulación de estos resultados.

La base del estudio se asienta sobre el conocimiento de que el estrés neurológico altera los ritmos circadianos, reduce el sueño y puede afectar la función de la corteza prefrontal. El personal de enfermería de urgencias, expuesto a altas exigencias cognitivas y emocionales, es especialmente vulnerable a estas alteraciones, que pueden comprometer su bienestar psicológico, su desempeño laboral y la seguridad del paciente.

Para la realización del trabajo se realizó un estudio prospectivo, observacional, intrasujeto y cruzado en 67 enfermeras de urgencias. Cada participante fue evaluada tanto después de completar una noche de sueño como durante un turno de día tras una noche completa de descanso en casa (NR), con el orden de las evaluaciones asignado aleatoriamente y separadas por un período de lavado de 14 días. La oxigenación cerebral regional (rSO_2) y la reactividad de la corteza prefrontal se midieron mediante espectroscopia de infrarrojo cercano (NIRS) mientras realizaban una tarea de fluidez verbal. El rendimiento cognitivo, las alteraciones del sueño y la ansiedad como estado se evaluaron con instrumentos validados: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Índice de Gravedad del Insomnio y NIRS con Prueba de Fluidez Verbal (VFT).

Los resultados mostraron que después de NS, las enfermeras mostraron una disminución significativa en rSO_2 , un rendimiento reducido en VFT (y un aumento del estado de ansiedad). Una menor duración del sueño durante NS se asoció con una media de rSO_2 más baja en ambas condiciones: NR y NS. Curiosamente, las enfermeras que informaron dormir más tiempo durante NS exhibieron un rSO_2 más alto, pero, paradójicamente, un rendimiento cognitivo más bajo, lo que sugiere que aquellas con menos sueño pueden haber activado mecanismos compensatorios que les permitieron mantener el rendimiento de la tarea a pesar de la reducción de rSO_2 .

A modo de conclusiones, los investigadores afirman que la reducción del sueño durante la noche afectó negativamente la oxigenación cerebral, el rendimiento cognitivo y el bienestar emocional del personal de enfermería de urgencias. Un mayor tiempo de sueño, según lo informado por los propios pacientes, no necesariamente se asoció con beneficios cognitivos y podría reflejar un sueño ineficiente o sobreestimado.

Acceso a artículo completo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/jonm/1635579>

JORNADA SOBRE EXTRACCIÓN PRENATAL DE CALOSTRO EN EL CECOVA



El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (Cecova), que integra a los colegios provinciales de Castellón, Valencia y Alicante, ha celebrado con éxito en el Colegio de Enfermería de Valencia una jornada científica dedicada a la Extracción Prenatal de Calostro, una práctica que ha despertado un creciente interés entre los profesionales sanitarios especializados en salud materno-infantil y lactancia materna.

La sesión, organizada por la Comisión de Lactancia Materna del Cecova, cuya secretaria es la enfermera pediátrica Lorena Camarasa, contó con la asistencia de la presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, Laura Almudéver, así como con la participación de numerosas matronas, enfermeras y profesionales vinculados a la atención obstétrica y neonatal, quienes han analizado la evolución histórica, la evidencia científica y los protocolos asistenciales relacionados con la extracción prenatal de calostro.

La jornada ha sido organizada por el Cecova y ha puesto en valor el trabajo de las matronas en la promoción de la lactancia materna, el acompañamiento emocional y la educación sanitaria de las gestantes. Asimismo, la vocal matrona del CECOVA, Maribel Castelló, ha respaldado esta iniciativa formativa orientada a reforzar la actualización científica y la mejora de los cuidados materno-infantiles en la Comunitat Valenciana.

El encuentro ha sido moderado por el matróon Gonzalo Moreno, quien ha coordinado las intervenciones y el posterior debate profesional sobre los retos actuales relacionados con la extracción prenatal de calostro y la implantación de protocolos seguros y consensuados entre Atención Primaria y el ámbito hospitalario.

La primera ponencia ha corrido a cargo de Lara Martínez, matrona del Centro de Salud de Rafelbunyol, quien ha abordado el papel de la matrona de Atención Primaria en la extracción prenatal de calostro desde la selección clínica de las gestantes hasta la educación sanitaria, el acompañamiento emocional y la enseñanza de la técnica manual. Su intervención ha profundizado además en la evolución histórica de esta práctica y en las investigaciones más recientes sobre seguridad y beneficios materno-infantiles.

Durante su exposición, Lara Martínez ha explicado la importancia de identificar correctamente las indicaciones, los factores de riesgo y las posibles contraindicaciones antes de iniciar la extracción prenatal de calostro. Del mismo modo, ha insistido en la necesidad de transmitir mensajes claros, realistas y libres de presión a las gestantes, reforzando la confianza materna y favoreciendo un inicio precoz y seguro de la lactancia.

La segunda ponencia ha sido impartida por Mari Carmen Navarro, matrona del Centro de Salud de Meliana y vocal de Atención Primaria de la Comisión de Lactancia del Hospital Clínico-Malvarrosa, quien ha presentado el protocolo multidisciplinar implantado para la extracción prenatal de calostro

y el circuito asistencial diseñado para garantizar la coordinación entre Atención Primaria, paritorios, neonatología y maternidad.

Durante su intervención, Mari Carmen Navarro ha explicado que el protocolo ha sido elaborado por un equipo multidisciplinar y ha permitido establecer criterios de inclusión y exclusión, circuitos de trazabilidad y medidas de seguridad orientadas a garantizar tanto la conservación del calostro como su correcta administración al recién nacido cuando ha sido necesario.

Asimismo, se han compartido resultados preliminares que han mostrado una limitada necesidad de suplementación con fórmula artificial y la ausencia de hipoglucemias en los neonatos incluidos en los primeros registros, aspectos que han reforzado el interés profesional por continuar desarrollando este tipo de iniciativas asistenciales.

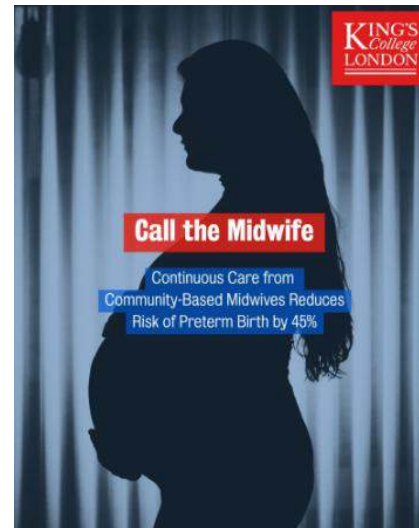
A lo largo de la jornada también se han abordado aspectos prácticos relacionados con la técnica de extracción manual, la conservación y transporte del calostro, la atención a mujeres con antecedentes de cirugía mamaria o lactancia en tándem, así como las principales revisiones científicas publicadas recientemente sobre esta práctica clínica.

Con esta iniciativa, que ha transcurrido con debate y puesta en común final, el Cecova ha reforzado su apuesta por la formación continuada de los profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana y ha puesto en valor el trabajo desarrollado por el Colegio de Enfermería de Valencia como espacio de encuentro científico y actualización profesional. La institución colegial ha reiterado además su compromiso con la promoción de cuidados basados en la evidencia y con la mejora de la atención integral a las mujeres y sus familias.

Fuente: CECOVA

-

LA ATENCIÓN CONTINUA POR PARTE DE MATRONAS COMUNITARIAS REDUCE EL RIESGO DE PARTO PREMATURO EN UN 45%.



La atención continua por parte de matronas comunitarias reduce el riesgo de parto prematuro en un 45 %. Este modelo de atención también reduce significativamente los riesgos en mujeres con mayor riesgo social de resultados adversos.

Investigadores del King's College de Londres, financiados por el NIHR, han publicado en *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, el artículo titulado (en español), El impacto de los modelos de continuidad asistencial de matronas comunitarias para mujeres que viven en zonas de desventaja social y diversidad étnica en el Reino Unido: un estudio de cohorte prospectivo.

En total, 13.609 embarazos con datos completos de su primera cita prenatal se incluyeron en el conjunto de datos final y en el análisis. La zona elegida fue el sur de Londres, zona caracterizada por su alta diversidad étnica y desventajas sociales.

CBMCOC frente a la atención estándar

Los investigadores analizaron datos del período 2018-2020, durante el cual una cuarta parte de las mujeres recibieron atención comunitaria por parte de matronas y las demás recibieron atención estándar.

En el modelo de atención integral a cargo de matronas comunitarias (CBMCOC), por sus siglas en hospitales, trabajando en colaboración con las mujeres y equipos multidisciplinares. Cuando surgen complicaciones, las mujeres son derivadas a atención obstétrica según las pautas estándar, sin dejar de recibir atención obstétrica del equipo.

En los modelos de atención estándar, las matronas, los médicos de cabecera y los obstetras comparten la responsabilidad de la organización y la prestación de la atención desde la primera consulta hasta el período posnatal, tanto en el hospital como en la comunidad.

CBMCOC beneficia a todas las mujeres, incluidas las mujeres en grupos de mayor riesgo social.

El riesgo de parto prematuro entre las mujeres de origen negro, asiático y de otras minorías étnicas se redujo significativamente del 9,5 % al 6,4 %. Del mismo modo, el riesgo se reduce para las mujeres de las zonas más desfavorecidas socialmente (del 8,2 % al 5,1 %).

Los investigadores también descubrieron que, en el grupo CBMCOC, las mujeres presentaban una mayor tasa de partos vaginales espontáneos, eran menos propensas a faltar a sus citas prenatales y tenían más probabilidades de recibir las derivaciones necesarias a servicios de apoyo de salud mental.

El grupo de trabajo ha concluido en que, en población diversa con una variedad de factores de riesgo, las intervenciones locales que integran la atención comunitaria y la continuidad asistencial de matronas pueden reducir las desigualdades en la salud materna y neonatal.

Fuente : King's College London

Acceso artículo completo: <https://www.kcl.ac.uk/news/continuous-care-from-community-based-midwives-reduces-risk-of-preterm-birth-by-45>



RESEARCH ARTICLE | Open Access |

The Impact of Community-Based Midwife Continuity of Care Models for Women Living in Areas of Social Disadvantage and Ethnic Diversity in the United Kingdom: A Prospective Cohort Study



Volumen 133, Número 5
Abril de 2026
Páginas 958-973



ENTREVISTA CON AIMÓN SÁNCHEZ MOLINERO, MATRONA, ANTROPÓLOGA SOCIAL Y CULTURAL, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE LACTANCIA DEL HOSPITAL UNIVERSTARIO DE CANARIAS (HUC), FORMADORA IHAN, IBCLC, PROFESORA DE LA UDM EN TENERIFE

Vamos a comenzar las vacaciones estivales con esta entrevista, para mi entrañable, no solo porque se la hago a una gran compañera sino porque en parte la he visto desarrollarse como la gran matrona que es, y que, pese a su juventud, ya tiene un gran camino labrado en las diferentes áreas que tenemos como matronas, pero especialmente en el mundo de la lactancia. Para algunas puede ser una matrona desconocida pero os aseguro que, con esta entrevista, eso dejará de ser así.

Este mes de julio, y a pesar del terrible calor que ya hace mucho tiempo que nos agobia, lo refrescaremos con AIMÓN SÁNCHEZ MOLINERO, que con su frescura y su eterna sonrisa nos dará paso a las merecidas vacaciones y por qué no, a una agradable lectura sobre sus inicios y recorrido profesional. Dicen que de “*casta le viene al galgo*” por su espíritu guerrero y luchador, no en vano, es hija de una magnífica matrona a la que quiero y admiro.

P: Bueno Aimón, no sabes la alegría que siento de poder, por fin, entrevistarte. Tenemos muchos vínculos en común, pero más allá de eso, te admiro por todo lo que estás haciendo por las mujeres y por la matronería en ese lado de España, en las islas Canarias. Empecemos pues, agradeciéndote de antemano que hayas querido aceptar hacer esto y darme un poco de tu tiempo. Cuéntame un poco de tus inicios, para ir rompiendo el hielo y seguro que nada original, con los años que te conozco, nunca te pregunté por el origen de tu nombre, por cierto, poco común.

R: En primer lugar, gracias a ti por pensar en mí, no sé si soy merecedora de salir en estas páginas, pero viniendo de ti, o de vosotras, no podía negarme.

Mi nombre en realidad es el resultado de una conjunción de casualidades. El nombre es francés y masculino, con origen en la leyenda medieval "Los hijos de Aimón", que mi madre conoció a través del trabajo literario de mi padre. Se le grabó por la coincidencia fonética con el pueblo de Imón (cercano al de mis abuelos, en Guadalajara). Y aunque en un principio yo me iba a llamar Marta, todo eso se mezcló el día de mi parto en el corazón de mi madre y así decidió mi nombre. ¡Evidentemente mucha gente me pregunta esto! (ijajaja!)

Y volviendo a mis orígenes, podría decir que nací en Madrid en 1975, en una familia de padre profesor de lengua y madre matrona. Mi orientación académica fueron siempre las ciencias, a mí me encantaba la biología, la genética, la bioquímica. Acabé estudiando Enfermería en la Complutense



con una motivación puramente práctica, alentada por mis padres con la idea de poder empezar a trabajar y después estudiar aquello que me interesara. Pero cuando empecé a estudiar Enfermería, descubrí algo que me apasionó que era sobre todo la relación y la comunicación con los pacientes dentro de los cuidados, y eso me enganchó.

P: O sea, que tus inicios fueron por amor a la enfermería, a los cuidados y ¿cómo te atrajo la obstetricia?

R: La obstetricia no me atrajo demasiado desde un primer momento. Lo que pasa es que yo, claro, siendo mi madre matrona, había tenido contacto con los partos desde mis 14 años, había acompañado en alguna ocasión a mi madre a guardias en navidades o vacaciones, y había comprobado que era un trabajo realmente duro. Aunque de alguna manera la expectativa de mi familia era que me convirtiera en matrona, después de estudiar Enfermería sentí la necesidad de "más Universidad", y tuve la suerte de poder entrar en la primera promoción de Antropología Social y Cultural como segundo ciclo, en 1996. Recuerdo esos dos años en Somosaguas como una apertura mental brutal, profundizando en "materias de letras": filosofía, antropología de género, de la familia, religión, simbólica, de la salud, del lenguaje, económica... Una perspectiva en la que realmente te haces consciente de la complejidad de nuestro mundo, del peso de las construcciones socio-culturales y la limitación inconsciente que generan en la propia mirada a la hora de interpretar la realidad de "los otros". Y ahí también se me reveló algo que me pareció fascinante, y es que las mujeres somos la "llave" del mundo, la clave de la reproducción no sólo biológica, sino social y cultural, en todos los entornos de la Tierra. Y ahí sí que sentí que verdaderamente, lo que yo quería era dedicarme a trabajar con las mujeres. Y evidentemente, convertirme en matrona era, por fin, el camino.

P: ¿Y fue el formarte como matrona lo que te llevó a Tenerife? Creo que detrás hay una curiosa historia

R: El cómo llegué a estudiar matrona en la unidad docente de Tenerife fue un poco "azaroso". Mi primera intención era estudiar en la Unidad Docente de Madrid, en la que además mi madre era profesora (de Embriología). Me presenté al examen del EIR y en aquella época, la Unidad Docente de Madrid, abría un año sí y otro no, porque no se simultaneaban promociones. En aquel momento, las listas de aprobados y las fechas de adjudicación, se publicaban en el tablón del Ministerio de Sanidad, en el Paseo del Prado y en el BOE. No había internet, no había páginas web y o ibas a mirarlo allí o comprabas el BOE. Y yo cuando fui a mirarlo en los tabloneros, pues me confundí de cartel. Y el día que tenía que elegir la plaza de matrona, que tenía número de sobra para elegir Madrid, resulta que fui un día más tarde, que era cuando elegían los MIR. Así que perdí esa plaza y tuve que volver a presentarme al año siguiente, en el que ya Madrid no convocaba plazas



F1: 1999.1º Año de EIR en la UDM en Tenerife



y necesariamente tenía que salir fuera.

La Unidad Docente de Tenerife se presentó como la mejor opción y allá que me fui con mi maleta y sin saber apenas nada de lo que era esa isla, no sabía ni qué aspecto tenía el Teide. Llegué un día de enero de 1999, en medio de un temporal de lluvia, frío y niebla que parecía que había llegado a Londres en vez de a Tenerife. Fue un poco de shock al principio, la verdad, porque yo prácticamente esperaba irme a vivir al trópico. Por suerte esa primera impresión mejoró y el día que empecé las clases en la Unidad Docente y vi que por la ventana del aula se veía todo el mar, ahí empecé a creer que sí que había llegado al lugar adecuado.

P: ¿Y cómo fue vivir la residencia, te costó adaptarte, algún recuerdo especial?

R: Durante la residencia recuerdo especialmente a las matronas docentes vinculadas a Atención Primaria (Célida, Asun, Conchi, Oli...), que me descubrieron un paradigma de cuidados de salud de la mujer que me fascinó. Aprendí muchísimo de ellas y siguen siendo un referente para mí, además de buenas amigas. De alguna manera siento que (junto con otras matronas de mi generación, compañeras y amigas), hemos recogido algo del testigo de estas matronas que fueron pioneras y lucharon por la profesión y por las mujeres cuando las cosas no estaban nada fáciles.



2000.2º Año de EIR en la UDM en Tenerife

P: Bueno, Aimón, creo que es inevitable preguntarte por tu madre, mi gran amiga y admirada Carmen Molinero, ¿cuál crees que ha sido su influencia en tu desarrollo profesional?

R: Claro, yo tampoco puedo continuar sin referirme a mi madre. Ella ha sido para mí siempre el referente de "lo máximo" como matrona. Mi madre era profesora, tutora de residentes, representante de matronas en el Ministerio, hizo su doctorado... Mi admiración es total frente a su capacidad intelectual y emocional, su sensatez, su honestidad y su ecuanimidad, su valentía, su saber estar.

Y ahora que no me escucha (aunque espero que me lea), también te confesaré que siempre he pensado que el hecho de irme lejos de donde estaba mi madre también podía tener que ver con que no me compararan con ella, porque yo nunca iba a llegar a ser tan "top" como ella ni iba a alcanzar su nivel. Entonces, de alguna manera, el hecho de poder hacer mi carrera lejos de su paraguas o de su protección también, de alguna forma, para mí fue importante, necesitaba emprender mi propio camino y demostrarme que era capaz por mí misma de llegar a donde tuviera que llegar, y la verdad que, aunque con añoranza, fue lo correcto para madurar como persona y como profesional.

P: ¿Y nunca has trabajado con ella? ¡Menuda experiencia madre mía!

R: Pues verás, otra confesión, una de las cosas que ahora mismo más me pesan es no haber trabajado nunca mano a mano con mi madre y por supuesto, no haber podido aprender de ella directamente, en un entorno laboral.



Sé que mi madre se disgustó mucho cuando yo no regresé a Madrid tras la especialidad, pero yo encontré mi camino en Tenerife, así que no se dio la ocasión en todos estos años. Cuando ella ya se jubiló, me di cuenta de la oportunidad que había perdido. Pero, por otro lado, siento que mi madre siempre ha sido capaz de transmitirme su visión de la profesión, su criterio, su sentido de la responsabilidad y la profundidad de su buen hacer. Eso de poder hablar con tu madre de “cosas de trabajo” y poder consultar su opinión sincera, ha sido (y sigue siendo) una fortuna.

En su comida de jubilación fui consciente de la cantidad de gente, desde ginecólogas a auxiliares y empleadas de limpieza, enfermeras, residentes... que la querían un montón, personas en las que mi madre había dejado su huella... y no puedo sentirme más orgullosa de ello.

Pero sí, una vez que terminé la residencia en Tenerife, decidí quedarme a trabajar allí, en el HUC. Allí empecé en Paritorio desde enero del 2001 hasta hoy, ¡26 años ya y parece el otro día!

P: Bueno, quien sabe, a veces la vida te pone en el camino que necesitas para crecer, posiblemente es mejor haber tenido a tu madre como madre y no como “colega”, y dicho esto quiero indagar un poco sobre tu gran formación en otros terrenos, sé que te encanta estudiar, aprender, ¿tuviste esa necesidad de seguir formándote después del EIR?

R: Pues desde que terminé la residencia, tuve una avidez tremenda por empezar a formarme y sobre todo desde que vi que en los cursos me hablaban de cosas que para mí eran completamente desconocidas y me abrían unas ventanas enormes a la evidencia y a la ciencia alrededor del trabajo como matrona. Había formas diferentes de hacer las cosas. Y desde el primer momento he sido una “devoradora” de formaciones y de cursos que tuvieran que ver con mi trabajo como matrona en cualquiera de sus dimensiones. ¡Y me sigo formando sin descanso!

Recuerdo con mucho cariño alguna de mis formaciones iniciales en Masaje Infantil, en terapia craneosacral (TCS), en hipnosis clínica, el curso de partería tradicional mexicana, las conferencias de Michel Odent, los de parto en movimiento y biomecánica, los de interpretación de RCTG...

P: Dentro de toda esa formación, eres toda una experta en lactancia materna, IBCLC, formadora en la IHAN, y presidenta de la Comisión de LM en el HUC ¿de dónde te viene ese especial interés por la lactancia?

R: Ya incluso desde cuando estudiaba Antropología, el tema de la lactancia me atrajo mucho por el decalaje que percibía entre la intención de amamantar de las madres y la realidad después, y empecé a estudiar los condicionantes socioculturales que envuelven algo tan “presuntamente biológico y natural” como es dar el pecho. Desde entonces supe que era algo en lo que quería profundizar, y en lo que realmente me especialicé después del nacimiento de mis hijas. Es un campo infinito y muy complejo. En 2021 me certifiqué como IBCLC, y no dejo de estudiar y de aprender cada día.

P: ¿Y cómo es el trabajo directo con la lactancia? ¿Cómo es eso de presidir una Comisión de lactancia? ¿Está implicada la administración en las Islas en un tema de salud como es la lactancia?

R: En cuanto al trabajo directo con la lactancia, dentro de mi hospital y fuera, ha estado dirigido principalmente a la docencia y formación de profesionales (sobre todo desde que me formé como formadora IHAN), y a la coordinación de la Comisión Clínica de LM del HUC, de la que soy presidenta desde 2016.

Es un trabajo arduo y poco visible, el articular a los diferentes profesionales y llevar adelante las tareas que conducen a la acreditación IHAN en un hospital como el mío. La movilidad de los profesionales, la falta de recursos, las resistencias al cambio, la falta de tiempo...



Una de las razones por las que sigo ahí es porque confío en que es posible “resucitar” la actividad de esta Comisión, que está un poco en “stand by” desde que las que estábamos al frente nos agotamos por completo después de cursos y cursos de formación que no conseguimos que se reflejaran en los resultados asistenciales como esperábamos. Pero no nos hemos rendido del todo aún...

Y también formo parte de la Comisión de LM de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, liderado por otra matrona “diez”,

Amanda Antequera, que está haciendo un trabajo espectacular en la isla y que nos hace sudar tinta a las representantes de los hospitales, que no podemos dar la espalda a Primaria sino que necesitamos trabajar hombro con hombro con ellas.



2025 Fuerteventura. I Jornadas regionales. Con compañeras de la Comisión de LM de la Gerencia de AP de Tenerife

Respecto a la implicación de la administración, te diré que, en las islas Canarias, desde 2019 se lleva trabajando en intentar la coordinación de las 7 islas en relación con la formación y la atención a la LM. Como presidenta de la comisión de LM del HUC, estoy dentro del Grupo Insular de LM respaldado por la Dirección Gral. de Programas Asistenciales y ahora también D.G de Salud Pública. En este contexto hemos ido avanzando, dejando atrás las iniciativas individuales que llevábamos en cada hospital, y hemos conseguido desde hace unos años ya la coordinación de las tres gerencias de la isla para organizar las Semanas Europeas de LM, de lo que estamos orgullosas. Tanto es así que ya el año pasado, la coordinación para esta celebración saltó al resto de islas, en forma de una campaña publicitaria potente sobre LM y unas primeras jornadas regionales de LM en Canarias, auspiciada por las Direcciones Generales que mencioné, que demuestran que avanzar juntos es muy valioso, más aún cuando hay tanta dispersión geográfica intrínseca como aquí.

P: *Aimón, sé que además de que te gusta aprender como bien has contado, creo que también empezaste muy joven tu faceta como docente, un área no se queda atrás viendo tu curriculum, ¿cómo fue empezar tan joven a enseñar a otras compañeras o a enfermeras?*

R: *La verdad es que siempre me ha gustado enseñar, y siempre he sido (y sigo siendo) muy meticulosa (a veces, demasiado) a la hora de preparar sesiones, clases, cursos... Empecé recién terminada mi licenciatura en Antropología, con 23 años, impartiendo un cuatrimestre de Antropología de la Salud para 1º de Enfermería en la Universidad Alfonso X el Sabio, y la experiencia me encantó. Unos cuantos años tras el EIR estuve impartiendo preparación a la maternidad y paternidad en un centro privado en el Puerto de la Cruz, además de mi trabajo*



2023 Taller de LM en Grado Enfermería



en Paritorio, porque la verdad es que me encantaba esa parte de la asistencia. Y no he parado de intentar transmitir, en la medida de mis posibilidades, todo lo que sé, especialmente sobre duelo y lactancia a otros profesionales.

Tuve la oportunidad también, de la mano de Marta Díaz (pediatra y profesora universitaria, una histórica defensora de la LM en España), de poder impartir talleres prácticos para alumnos de 3º del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, y gracias a Asunción González Ramos (jefa de estudios de la Unidad Docente de Matronas de Tenerife hasta hace 2 años), tuve las puertas abiertas para impartir talleres tanto de LM como de duelo perinatal a las EIR de matrona durante más de 15 años, hasta que desde hace dos años, me convertí en profesora titular de la asignatura de Puerperio fisiológico y LM en esta Unidad Docente, que es una de las cosas que más feliz me puede hacer a día de hoy porque son temas que realmente me apasionan.

P: Y como profesora en la Unidad Docente, ¿qué es lo que más te gusta enseñar a las futuras matronas, tus conocimientos o tu entusiasmo por la profesión?

R: *A las residentes les intento transmitir eso, la pasión y lo afortunada que me siento por ser matrona con el objetivo de que, al final, tal como me gusta decirles, no sólo aprueben, sino que “se enamoren” de la asignatura.*

También fui tutora clínica de residentes de matrona sólo durante dos años, porque fue una experiencia dura para mí combinada con la crianza, sentí que no podía “maternar” a la vez hijas y residentes, y ya he preferido no repetir la experiencia, aunque por supuesto, las acompaño en mi día a día en Paritorio.

P: Y claro, también sé que te gusta la investigación, ¿estás actualmente en algún proyecto?

R: *La investigación es algo que siempre se me ha resistido bastante. Aunque poco después de empezar a trabajar de matrona, en el 2002 publiqué junto a otra compañera del paritorio del HUC, un estudio cuantitativo pequeñito sobre la satisfacción de las madres con el contacto piel con piel y la no separación, que en aquel momento era novedoso y nos dieron algún que otro premio en Tenerife. Desde entonces no he vuelto a meterme de lleno en liderar ningún proyecto de investigación. Sí que me atrae muchísimo y me he formado en investigación cualitativa, que me encanta, pero siento que en el día a día se antepone la realidad y la urgencia de la transformación de la asistencia, y eso siempre acaba por alejarme de la investigación clínica.*

P: Aimón, si no recuerdo mal, yo te conocí en un Congreso que nosotras, la AEM, organizábamos en Lanzarote allá por el 2007 (¡madre mía como pasa el tiempo!), entre otras cosas porque tu madre siempre ha sido miembro de nuestra asociación, ¿qué supuso para ti el iniciarte con nosotras?

R: *El tema del asociacionismo siempre lo he tenido muy presente. Me vinculé a la Asociación Nacional de Matronas, ahora AEM, desde el principio, pues lógicamente, a través de mi madre, tuve contacto con ella desde el minuto uno. Desde la AEM se me dio en 2007 la oportunidad de ir como “observadora” a la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional*



2007 Taller Spiritual Midwifery. ICM. Glasgow



de Matronas (ICM Council Meeting) en Glasgow y posteriormente asistir al Congreso Mundial de Matronas.

Allí, junto con la delegación española de la AEM, que eran María Ángeles Rodríguez Rozalén y Rosa M^a Plata, estuve asistiendo a las reuniones de la ICM, sirviendo de intérprete en algunos contextos, conociendo a otras matronas de todo el mundo y pudiendo entenderme en diferentes idiomas...

Recuerdo un taller de "Spiritual Midwifery" y ponencias muy inspiradoras, planteando la realidad de las matronas como profesionales clave en las diferentes sociedades, con la capacidad de promover transformaciones sanitarias y sociales muy potentes. Volví de aquel congreso empoderada, con la certeza de que ser matrona era sin duda la mejor profesión del mundo, y a la vez con una sensación enorme de responsabilidad, de tener una "misión" en mis manos que tenía que cumplir de alguna manera.

P: Sé que crees en el asociacionismo por diferentes motivos que ahora nos contarás, pero ¿crees que las matronas sienten o viven de la misma manera que tú el "estar asociada"?

R: Siempre me sorprende el que las matronas no vean la necesidad de asociarse o no consideren que el estar asociados realmente sirva de algo. Que haya que hacer entender por qué es importante asociarse, pertenecer, colaborar... Estoy súper orgullosa de las matronas jóvenes que ahora mismo están al frente de la ACAMAT (Asociación Canaria de Matronas). Creo que es una labor muy generosa pero siempre ingrata y expuesta a la crítica, porque siempre va a haber personas que van a pensar que lo que estás haciendo no es correcto.

Pero es imprescindible el compromiso como matronas, en algún momento tienes también que devolver o que ofrecer a tus compañeras ese "tirar del carro" de forma secuencial... y que esa responsabilidad vaya cambiando de manos.

Creo que una asociación científica regional es fundamental y muy importante para la profesión, y más en lugares como aquí en las islas, que existe mucha dispersión y una variedad grande de contextos y desafíos que no son compartidos y que debemos saber sostener como colectivo cohesionado.



2009 Jornada regional anual de ACAMAT. Gran Canaria

P: Hablando de ACAMAT, fuiste la presidenta durante unos años, cuéntame cómo fue la experiencia, ¿te sientes satisfecha de esa etapa?

R: Fui elegida como presidenta de la Asociación Canaria de Matronas (ACAMAT) desde el 2009 al 2013. Fueron cuatro años muy intensos, principalmente porque fueron también los años de mis dos embarazos y ¡mis dos partos!. En realidad, cuando me nombraron presidenta, yo estaba embarazada y aún no lo sabía. Tuve el apoyo de todo mi equipo de Junta, que eran, además de matronas maravillosas, buenas amigas, me sostuvieron y colaboraron muchísimo en poder llevar adelante cada



año las Jornadas Regionales de Matronas que hacíamos, además de jornadas de divulgación para la población. Aún recuerdo nuestro lema de entonces “¿Sabes lo que tu matrona puede hacer por ti?”). También organizamos cursos para las matronas, por ejemplo, trajimos a Nuria Vives en los cursos de Anatomía, Parto y Movimiento, con las primeras nociones de biomecánica, y también cursos de hipnosis clínica aplicada al parto.

Fue una época en la que también intentamos que la Asociación de Matronas fuera algo que aglutinara las necesidades de las matronas de cada una de las islas, que mejorara la comunicación entre nosotras, que fuera una asociación más potente y administrativamente más funcional.

Para mí personalmente fue una época de “locura”, con mi cerebro “matrescente” y mis hijas colgadas de la teta... Me estoy viendo ahora mismo yendo con mi hija mayor, Valentina, con 4 ó 5 meses y metidita como un koala en el porteo, a entrevistarme en el Ayuntamiento y la Consejería de Sanidad para las primeras jornadas que organizamos en el Convento de Santo Domingo en La Laguna, y después de nacer Violeta, la pequeña, tocaron las jornadas en un hotel del Puerto de la Cruz y recuerdo tenerla ahí metida, en un parquecito de bebés, que aún casi ni caminaba, allí al lado de la chica de la secretaria técnica. Yo iba de un lado a otro y cada vez que pasaba por delante, le daba un poco de teta, volvía a irme, o me la metía en el foulard de porteo y a seguir. Una a veces no se da cuenta de la intensidad de ciertas épocas, pero estoy contenta de lo que conseguimos.



2009 Presidencia de ACAMAT con la junta saliente.

Para las primeras jornadas que organizamos en el Convento de Santo Domingo en La Laguna, y después de nacer Violeta, la pequeña, tocaron las jornadas en un hotel del Puerto de la Cruz y recuerdo tenerla ahí metida, en un parquecito de bebés, que aún casi ni caminaba, allí al lado de la chica de la secretaria técnica. Yo iba de un lado a otro y cada vez que pasaba por delante, le daba un poco de teta, volvía a irme, o me la metía en el foulard de porteo y a seguir. Una a veces no se da cuenta de la intensidad de ciertas épocas, pero estoy contenta de lo que conseguimos.

P: Pero actualmente también estás en una asociación de matronas y cine, llamada MUMACÍ ¿no?, la verdad que la desconocía hasta ahora ¿puedes hablarme de ella para que otras compañeras también la conozcan?

R: Una de las cosas de las que estoy más orgullosa de mi trabajo en relación con asociaciones es con la asociación MUMACI (Mundo, Matronas y Cine), que se creó a partir de la idea de unas compañeras de Gran Canaria (empezó siendo MAMACI - Mamás, Matronas y Cine) y nosotras desde Tenerife les cogimos el relevo y le cambiamos un poquito el nombre para hacerlo “más inclusivo”, y cambiamos “Mamás” por “Mundo”. Y quienes componemos esta asociación somos un grupo de matronas apasionadas y además, amigas, que yo creo que eso es lo más importante de todo esto.

Me siento afortunadísima del grupo de “amigas-matronas” que tengo. Estamos todas (siempre las mismas, también es verdad) metidas en todos los “fregados”, poniendo ilusión y ganas, pero cuando organizamos el festival de cine MUMACÍ, siento que creamos algo en lo que nos sentimos completamente independientes, libres de tomar decisiones sin vernos sujetas a ningún criterio ni presión externa. Las películas las elegimos según si sentimos que “son” o “no son MUMACÍ”.



2022 Aimón y sus hijas en MUMACÍ. →



Es verdad que supone un trabajo extra y que a veces, con todos los líos que llevamos en el día a día, la maternidad, el trabajo y todas las cosas en las que nos metemos, aparte de esto, pues es complicado el tener una regularidad (desde 2014, ha habido algún año que no hemos podido sacarlo adelante). Pero también es cierto que al hacerlo nos sentimos de maravilla. Es algo que, aunque no es multitudinario, creemos que tiene un impacto social, que es importante que la salud sexual y reproductiva de las mujeres se visibilice en una sala de cine, que se puedan ver en pantalla grande documentales que tienen que ver con ello. Nos encanta llevar a la gente a la reflexión, salir fuera de los hospitales y fuera de los centros de salud y llevar la figura de la matrona a la población de a pie de calle. Los debates que se crean después de las películas son muy ricos. Al principio nos daba un poquito de respeto el meternos en jardines de los que después no íbamos a saber bien cómo salir. Pero creo que también hemos “crecido” mucho en estos años, cada vez lo hacemos con más seguridad y nos vamos atreviendo más a tocar temas más controvertidos.

Por eso este proyecto del festival de cine de MUMACÍ es uno de los que más ilusión me hacen y con los que mejor me lo paso... porque lo hago con las amigas con las que comparto la misma manera de “SER MATRONA”.

P: Me encanta escuchar ese entusiasmo, esa pasión que pones en todo lo que haces, a la vez me da un poco de rabia, escuchando lo que cuentas de MUMACÍ, no vivir en esa maravillosa isla, sería miembro seguro, me encanta el cine. Pero ahí no para tu activismo ¿no? Sé, de buena fuente, que también eres miembro de una asociación que fomenta la lactancia materna, cuéntanos..

R: *(Ja,ja,ja...) –risas- ¡¡Esto es un no parar sí!! Ahora mismo soy secretaria de la AELAMA, Asociación Española de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, que aglutina a profesionales de múltiples ámbitos y publica la primera revista científica en lengua castellana de artículos de investigación sobre LM, que es nuestro orgullo.*

Y además, miembros de la Junta están participando como delegación de órgano consultor en programas de Ministerio de Sanidad como el PENROI o, más recientemente, en la actualización de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Por otra parte, también colaboro con la IHAN, como asesora online para las fases 1D y 2D de hospitales, y desde que me formé como evaluadora, he venido apoyando la parte documental y desde hace unos meses, he empezado mi andadura como evaluadora clínica, que reconozco que es una experiencia que me está gustando mucho.

P: Bueno, siguiendo con esta línea, de recuperar lo que nunca se debió perder en pro de la industria farmacéutica y el boom de la leche de fórmula, también llevamos años defendiendo el empoderamiento de las mujeres en el momento del parto y el cambio en el proceso de atención en el nacimiento. ¿Cuál es tu visión en este tema?, porque seguro tienes vivencias interesantes.

R: *En relación con la atención al parto, siento que las cosas han cambiado muchísimo desde que yo me formé como matrona. Es verdad que desde dentro hay veces que la sensación es la de que todo se transforma a un ritmo demasiado lento, pero el cambio es totalmente tangible. Todavía recuerdo como si fuera hoy, en 2005, aquel Seminario Internacional en la Complutense que organizó la AEM, en el que escuché por primera vez a Hugo Sabatino hablando del parto vertical. Hablaban del parto respetado, de la fisiología del parto, de cosas que para mí eran completamente novedosas. Y después, una vez que salió la Estrategia de Atención al Parto Normal por parte del SNS, tuvimos también un papel importante desde ACAMAT para empezar a mover todo este tema, para hacer formaciones a los profesionales, para difundir la evidencia.*



Y en medio de todo esto, en 2007, y gracias a una compañera matrona que se había formado en Inglaterra, tuve la oportunidad de irme durante un mes al Birth Center del Hospital Queen Charlotte & Chelsea, en Londres, como “observadora”. Y fue un punto de inflexión total en mi manera de afrontar este cambio del paradigma de la atención al parto, porque no es lo mismo que te lo cuenten, a verlo con tus propios ojos, y ver que “era posible”, que se puede parir en cualquier posición, que se puede parir en el agua, que hay métodos alternativos de alivio del dolor, que se puede respetar el pinzamiento óptimo del cordón y el inicio espontáneo de la lactancia... El parto natural y respetado, “como si fuera en casa”, dentro de un entorno hospitalario (en la planta de arriba había una unidad de maternidad de alto riesgo con todos sus recursos).



2007 Birth Center. Londres

La verdad es que aquel mes fue maravilloso para mí. Me marcó y realmente yo creo que, a partir de ese momento, me sentí capaz y con el valor suficiente como para cambiar toda la forma en la que yo podía acompañar los partos. Se generó un cierto revuelo, porque al HUC llegaron matronas canarias que se habían formado en Inglaterra, yo me uní a ellas, y empezó a generarse una “masa crítica” de buenas prácticas “diferentes” y las consiguientes fricciones con el estamento de ginecólogos del hospital.

Fue un período de transición interesante, pero ahora mismo creo que ya hay cosas que han cambiado para siempre, y que ya esto es un camino que no tiene vuelta atrás.

P: Y respecto al parto domiciliario, ¿qué opinión tienes?

R: Pues verás, en 2008 tuve la suerte de poder viajar a Australia varios meses para acompañar a una de mis mejores amigas en su parto en casa, por lo que conocí de primera mano otra realidad completamente diferente de matronas independientes y partos domiciliarios que me resultó muy enriquecedor... además de conocer un continente impactante.

P: Sabes que es un tema que siempre ha suscitado controversia, quizá por miedo o desconocimiento, o posiblemente, porque en la memoria colectiva queda enquistada la idea de la morbi-mortalidad que el parto domiciliario tenía. Y hablando de esto, sé que siempre te ha preocupado el tema de cómo se atiende la pérdida gestacional y el trabajo de duelo perinatal. ¿Cuál es tu vinculación en este tema?

(Nota: Aimón se explaya en su respuesta, pero me parece muy importante su experiencia que reproduzco íntegra)

R: El por qué también estoy muy vinculada y comprometida con el tema del duelo perinatal tiene una historia un poquito más larga. Mi relación personal con la muerte no era muy buena. Tuve la circunstancia de que conocí en un curso de lactancia a Lidia, una mujer que era asesora de lactancia en Tenerife, embarazada de gemelos. Ella ingresó por una amenaza de parto prematuro poco después, en una guardia mía. Y no se pudo frenar. Sus gemelos, Ángel y Gabriel, nacieron con 26 o 27 semanas. Por desgracia fallecieron los dos con algunos días de diferencia. Y en todo ese



tiempo, yo no tuve fuerzas de poder siquiera subir dos plantas más arriba, que era donde ella estaba en la UCI neonatal con sus bebés. Había sido todo un fracaso nuestro como profesionales. No me atreví, no fui capaz de acompañarla, de estar presente y de decirle, al menos, que lo sentía. Unos cuantos días después, recibí la invitación al funeral de sus bebés. Y allí ya sí que no me pude escapar. Fui a este funeral en el que vi una manera que no imaginaba de afrontar la despedida de unos bebés, una manera maravillosa, bonita y constructiva. Esta pareja, Lidia y Luis, fueron los primeros en organizar un grupo de apoyo al duelo perinatal liderado por un psicólogo en la isla de Tenerife. Escribieron un librito también donde contaban su experiencia, y cómo consiguieron que en la UCI neonatal del HUC cambiaran las cosas cuando los bebés fallecían: fueron lo suficientemente valientes como para pedir despedirse de sus bebés de otra manera, muchísimo más “humana y más digna”. Y a partir de ahí, recibí un impacto de realidad y de humanidad tan potente que decidí que eso no me podía volver a pasar y que uno de mis objetivos era formarme y fortalecerme lo suficiente como para ser capaz de acompañar los duelos perinatales, y también empecé a transmitir eso en los talleres anuales a las residentes de matrona.

P: Entiendo que esa experiencia personal y profesional produjo un cambio en ti que plasmaste en un cambio asistencial en la atención al duelo perinatal. ¿Cierto?

R: Sí, desde luego. De hecho, en mi hospital, desde 2021, a partir del impulso de una psiquiatra y una psicóloga perinatal, construimos un grupo multidisciplinar de trabajo para la Humanización de la Atención al Duelo Perinatal, del que estoy orgullosísima. Y no es porque yo lo coordine, sino por la calidad de las personas que lo componen. De hecho, acabamos de recibir un premio por parte del Colegio de Enfermería de Tenerife, la medalla al mérito profesional.

Este grupo de trabajo está haciendo una transformación de la asistencia tremenda, a partir de una capacidad de autocritica y una capacidad constructiva creo que muy potente. Es un grupo en el que se trabaja de manera horizontal (psiquiatra, psicóloga, ginecólogas, pediatras, enfermeras especialistas en pediatría y salud mental, matronas...), en el que nos escuchamos, nos complementamos, somos capaces de siempre buscar soluciones, nunca hay un “no” por respuesta, siempre es un “vamos a ver cómo lo solucionamos”.



2026 Premio Colegio de Enfermería de Tenerife al Grupo de Duelo HUC

Creo que la asistencia puede cambiar “de verdad” gracias a grupos como éste. En nuestro hospital hemos conseguido tener una habitación específica de despedida, tenemos materiales informativos específicos para las familias, cajas de recuerdos que estamos cuidando con mucho mimo. Tenemos incluso sesiones de soporte emocional para los profesionales que trabajan con el duelo perinatal, tanto en la UCI Neonatal como en Paritorio, estamos en contacto con los grupos de apoyo de familias, queremos crear un Espacio del Recuerdo... Y todavía hay muchas cosas que mejorar, especialmente con los abortos de 1^{er} trimestre y con el duelo por infertilidad, por ejemplo...



P: ¡¡Uff, te escucho y no sabes lo que me gustaría trabajar codo con codo contigo!!, en fin, será en otra vida. Por cierto, has hablado de la “Humanización en la atención al duelo perinatal” pero ¿qué decir de la humanización asistencial en el proceso de parto en general?

R: *Pues verás, en cuanto al tema de la humanización asistencial, durante todos estos últimos años, ¡me siento orgullosa de estar de alguna manera “liderando” todos los proyectos relacionados con la maternidad que llevan la palabra “humanización” dentro!. Aparte de ser coordinadora IHAN de mi hospital y presidir la Comisión Clínica de LM, hace unos años impulsamos, junto con otras compañeras, matrona y ginecóloga, el protocolo de “humanización” del nacimiento por cesárea, que nos ha costado y nos sigue costando muchísimo para alcanzar la equidad de cuidados para estos nacimientos frente a los bebés que nacen por parto vaginal. Y también el tema del grupo de trabajo de humanización del duelo perinatal que he comentado.*

Como consecuencia de esto, supe que en el hospital se empezaba a implantar la Estrategia de Humanización del Servicio Canario de Salud, y era obligatorio que cada gerencia tuviera una Comisión de Humanización de la asistencia sanitaria, así que, desde que me enteré, estuve tocando la puerta para que me dejaran ser la representante del área materno-infantil dentro de ella. Finalmente, me la abrieron y durante un año, estuve participando en ese papel, pero desde hace unos meses, por circunstancias ajenas, me he convertido en la presidenta de esta Comisión de Humanización de la asistencia sanitaria de todo mi hospital. Es algo en lo que estoy todavía en pañales, pendiente de asistir a mi primera Reunión de Comité Operativo. Lo que tengo claro es que no necesito que nadie me convenza, es algo en lo que creo muy profundamente, pero creo que la complejidad es extrema, especialmente en el momento en el que estamos en nuestro hospital.

P: Dentro de la complejidad que supone cambiar determinadas prácticas por parte de muchos profesionales de distintas disciplinas, ¿cuál crees que es el problema que subyace en esa resistencia al cambio?

R: *También me he hecho esa pregunta en varias ocasiones, y la verdad, siento que hay mucho cansancio por parte de los profesionales, en ocasiones incluso diría que desidia o indiferencia hacia la realidad de las personas a las que atendemos. Tampoco ayudan nada unas condiciones de trabajo que no son óptimas ni mucho menos para los profesionales, unas cargas de trabajo a veces excesivas.*

La sensación de pertenencia a la institución se diluye muchísimo, los profesionales sanitarios no sienten que su hospital les cuide o les valore, y eso yo creo que también hace que la asistencia a los pacientes se deteriore, o por lo menos, no tenga ese “brillo” tan importante que no lo da ninguna medicación ni ninguna tecnología, sino que sale de la capacidad de comunicarse con empatía y respeto.



2024 Congreso IHAN. Gran Canaria, con Marta Gómez y Marta Díaz



P: ¿Y puestas ya en el tema, cuál crees que sería la clave para salir de ese bucle?

R: Desde mi punto de vista, la comunicación es la clave de todo. Si todos los profesionales estuviéramos formados en comunicación, creo que las cosas serían muy diferentes. Se modificaría ya no sólo el cómo miramos a los pacientes y cómo los escuchamos de manera real, sino también, cómo nos relacionamos entre los profesionales, cómo nos colocamos frente a los mandos y gestores, la manera en la que solicitamos o pedimos lo que necesitamos, la manera en la que nos coordinamos con los compañeros en los equipos de trabajo. Creo que en la comunicación está la clave y quizás mi objetivo desde este nuevo lugar en la Comisión de Humanización será promover esto en todo mi hospital.

P: Con todo lo que llevas entre manos, y supongo que sacrificando tiempo personal y familiar, confiesa, ¿cuál es el secreto que nutre tu motivación y entrega a la profesión?

R: Tengo que decir que la realidad es que en todas las esferas profesionales en las que me muevo, al final estoy trabajando mano a mano y codo con codo con matronas que también son amigas, y con las que, más allá de lo puramente laboral, comparto una filosofía de trabajo, unos valores, unos ideales en relación con lo que es ser matrona... Y una conexión personal y emocional que yo creo que me lo hace todo mucho más fácil y sobre todo, si no más fácil, más agradable.

El hecho de estar con mis amigas tanto en el equipo de profesores de la Unidad Docente de Matronas, como en la Comisión de LM de la Gerencia de Atención Primaria, como apoyo dentro de la Comisión de LM del HUC, en el grupo de Duelo Perinatal, en la asociación MUMACÍ... creo que eso es un plus. Si no fuera por eso, creo que todo sería mucho más cuesta arriba y solitario.

P: Bueno, sin darnos cuenta, y aun queriendo estar horas conversando contigo, todo un lujo, por cierto, estamos llegando al final de esta entrevista. Así que, como no, una persona tan reflexiva como tú, ¿qué destacarías como punto fuerte en tu actitud ante la profesión?

R: Bueno, aunque ya sabes que me da mucho pudor hablar de mí y que a veces me viene eso del "Síndrome del Impostor", la verdad es que mi mejor característica personal o punto fuerte, es que "no me rindo" fácilmente. Creo que, en mi lápida, cuando me entierren pondrá "lo intentó hasta el final". Creo que Sí es posible cambiar las cosas. Creo que otro mundo mejor y más amable es posible para las mujeres y para sus bebés. Estoy convencida de que como matronas tenemos una misión. Para mí el trabajar como matrona es lógicamente un privilegio, afortunada por estar presente en momentos absolutamente trascendentes de la vida de las personas.

Pero más allá de eso, pienso que estamos dejando una huella muy potente y por eso tenemos también una gran responsabilidad. Esa responsabilidad es algo que también me gusta defender a capa y espada, porque creo que debemos no sólo conocerla, sino reclamarla, exigirla, defenderla. Veo cómo los equipos de matronas se van transformando con el paso del tiempo, porque llega gente nueva, porque la gente con más años acaba yendo a Primaria, porque no hay matronas suficientes para el trabajo que hay. Y me gustaría creer que hay formas en las que nos podemos cohesionar como equipo de trabajo, pero para eso hay que configurar un objetivo común. No es fácil, que se lo digan a las "Reinas Magas" de mi Paritorio. Pero esa es otra historia, que deberá ser contada en otra ocasión.



Aimón, querida amiga y gran matrona, te confieso que se me ha hecho muy corta esta conversación, aunque la transcripción sea extensa, estoy convencida de que no va a defraudar a nadie en su contenido y habrá valido la pena el tiempo que nos has dedicado (estaba segura de que disfrutaría conversando contigo, espero que también hayas pasado un buen rato).

Destacar que tu manera de contar, de vivir, de creer y sobre todo de hacer dentro de la profesión, puede ser un gran ejemplo para muchas compañeras. Sé lo modesta que eres, pero si tengo que resaltar algo de todo lo anteriormente hablado, sería tu **IMPLICACIÓN** en cuerpo y alma en todo aquello en lo que crees, y como bien dijiste antes, que hayas hecho de la profesión una filosofía de vida, que desarrollas con pasión y entusiasmo. Yo no quisiera ponerte una lápida con lo que antes dijiste, en todo caso, y en vida, te haría un reconocimiento y dejaría escrito en algún sitio muy visible **“AIMÓN, SI SE CREE EN ALGO, LA ACCIÓN PRODUCE EL CAMBIO”**. ¡Qué suerte tienen de tenerte las Canarias, familias y profesionales! Solo me sale decirte ¡GRACIAS!

ATENEA. Redactora AEM

NOTA DE LA REDACTORA:

Si, puede que no sea objetiva como redactora de esta entrevista, la primera desde hace más de un año de ausencia, pero la quiero mucho como persona y profesional, y me sigue sorprendiendo que, perteneciendo a otra generación, siendo aún joven y en activo, es admirable la esencia que tiene y despliega como una matrona sabia, que alguna he conocido, por supuesto.



PROGRAMA ASAMU 2026

Actualización en Salud de la Mujer

**CURSO
ALICANTE**

Jueves, 17 de septiembre de 2026
Colegio oficial de médicos de Alicante (COMA)
Avinguda de Dénia, 47
03013 Alacant, Alicante



Entidades colaboradoras en el Programa ASAMU 2026:



INVITACIÓN

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

**CÓDIGO
DE REGISTRO**

ALIMKDU990172d4

INSCRIPCIÓN GRATUITA:

<https://live.med/es/>
<https://live.med/es/cuenta/iniciar-sesion/>

AGENDA

PROGRAMA ASAMU 2026, ALICANTE
Colegio oficial de médicos de Alicante (COMA)

Avinguda de Dénia, 47 • 03013 Alacant, Alicante

Jueves, 17 de septiembre de 2026

Al finalizar cada ponencia dispondrán de tres minutos para cumplimentar el cuestionario de satisfacción

- 09:00 – 09:15** Entrega de documentación
- 09:15 – 09:20** Bienvenida e introducción
Dr. José Luis Neyro Bilbao
- 09:20 – 10:08** **Nutraceuticos y preparación farmacológica para el embarazo**
Ponente pendiente
- 10:08 – 10:56** **Cada mujer es única: hablemos de menopausia y sus síntomas**
Dr. Francisco Quereda Seguí
- 10:56 – 11:44** **Manejo integral de las ITU en la mujer**
Ponente pendiente de confirmar
- 11:44 – 12:14** Descanso – Café
- 12:14 – 13:02** **Vivir con urgencia: cuando la vejiga marca el ritmo en la mujer**
Dr. Francisco José Brenes Bermúdez
- 13:02 – 13:50** **Mujer, menopausia y Atención Primaria. Abordaje de la atrofia vulvovaginal en el seno del síndrome genitourinario de la menopausia**
Dr. Francisco Quereda Seguí
- 13:50 – 14:45** Descanso – Almuerzo
- 14:45 – 15:33** **El hierro y la salud de la mujer: un reto diagnóstico y terapéutico**
Dra. María José García Teruel
- 15:33 – 16:15** **El tratamiento secuencial de la osteoporosis como enfermedad crónica**
Dr. José Luis Neyro Bilbao

Certificados de Asistencia

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

CONSULTAR PROGRAMA Y HORARIOS DEFINITIVOS EN:
<https://live.med/agenda-alim>



15
Octubre 2026
III Jornada Nacional

**Cuidados
Paliativos
Perinatales**

CaixaForum MADRID

Organizado por:



Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos

Con la colaboración de:



Fundación "la Caixa"

www.pedpal.es

<https://jornadanacionalcuidadospaliativosperinatales.com/>



Visibilizando el duelo gestacional, perinatal y neonatal

Un espacio formativo y vivencial para comprender el duelo gestacional, perinatal y neonatal, mejorar la atención profesional y acompañar a las familias con sensibilidad, respeto y humanidad.

07.Sep - 08. Sep, 2026

Donostia / San Sebastián

Cód. O16-26

DIRECCIÓN:

-**María González Gómez** (Presidenta Esku Hutsik)
-**Eneritz Allue Pérez** (Secretaría técnica Esku Hutsik)

Idioma oficial de la actividad: bilingüe



PONENTES



María González Gómez
(Presidenta Esku Hutsik)



Nereida Barrikarte García
(Psicóloga perinatal)



Lorea Garcia Esturo
(Matrona)



Nerea Garaizar Velasco
(Fotografía perinatal)



Berta Muñoz Egües
(Psicóloga perinatal)

UDA IKASTAROAK / CURSOS DE VERANO / SUMMER COURSES

Miramari Jauregia - Mirakonbxa Pasealekua - 482007 Donostia / San Sebastián - T.: 943 219511 - info@uik.es - www.uik.es

Ikastaroaren laguntzaileak / Colaboradores del curso / Course collaborators



MATRÍCULA
<https://admin.uik.eus/matricula/2807/paso11>



PROGRAMA

07.Sep	08. Sep
14:30-14:45-Registro	09:00 - 09:30 "Embarazo y parto arco iris"-María González Gomez (ESKU HUTSIK-Presidenta)
14:45 - 15:00- Presentación por parte de la Dirección de la actividad	09:30 - 10:00 "Información legal"-Lorea García Esturo (ESKU HUTSIK-Matrona)
15:00 - 15:30 "Realidad de la muerte perinatal"-María González Gómez (ESKU HUTSIK-Presidenta)	10:00 - 10:30 Experiencia de familia en duelo
15:30 - 16:00 "Duelo perinatal (aspectos psicológicos y emocionales)" -Nereida Barrikarte García (ESKU HUTSIK-Psicóloga perinatal)	10:30 - 11:00 Pausa
17:00 - 17:30 Pausa	11:00 - 12:00 "Taller de fotografía en duelo" -Nerea Garaizar (ESKU HUTSIK-Fotógrafa perinatal)
17:30 - 18:30 "Zainketak colu perinatalean/Cuidados en el duelo perinatal"-Lorea García Esturo (ESKU HUTSIK-Matrona)	12:00 - 13:00 "Taller sobre evaluación del duelo perinatal"- Nereida Barrikarte García (ESKU HUTSIK-Psicóloga perinatal)
18:30 - 19:00 Experiencia de familia en duelo perinatal	13:00 - 14:00 "Taller vivencial duelo perinatal"-Berta Muñoz Egues (ESKU HUTSIK-Psicóloga perinatal)
19:00 - 20:00 Dinámica participativa: "Taller de comunicación" -Lorea García Esturo (ESKU HUTSIK-Matrona)	14:00 - 14:30 Preguntas y cierre curso
20:00 - 20:30 Preguntas y cierre del día	

Donostia / San Sebastián (Miramar Jauregia - Mirakontxa Pasealekua)



<https://www.uik.eus/es/curso/visibilizando-duelo-gestacional-perinatal-neonatal>

X
21-22-23
OCTUBRE
2026

**CONGRESO NACIONAL
SEFSE AReDA**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

XXII Encuentro de Tutores y Jefes de Estudio
III Encuentro de Residentes

*Formando el presente
Liderando el futuro*

TOLEDO
Hospital Universitario

FSE

GEYSECO.es
Asociación Española de Ginecología y Obstetricia

932 21 22 42
sefse@geyseco.es
www.geyseco.es/sefse26

CHUT sescam

https://www.geyseco.es/sefse26/index.php?go=inicio&utm_source=cumbamail&utm_medium=email&utm_campaign=congreso-sefse-2026#

1st World Congress on
HOW IS THIS FETUS

Physiological approach to care of labor

Del diagnóstico fetal a la decisión clínica en sala de partos

FECHAS **SEDE**
5-7 Noviembre 2026 **Barcelona, España**

WEB
howisthisfetus.com/es

Este Congreso ha sido creado para reunir a profesionales de la salud que utilizan la interpretación de RCTG basada en fisiopatología, para comprender cómo se encuentra el feto y que desean aportar un enfoque individualizado a la atención intraparto. Nuestro objetivo es proporcionarte conocimientos, suscitar preguntas, compartir experiencias, ampliar tu red de contactos, inspirar ideas de investigación y fomentar la colaboración para hacer que la interpretación del RCTG y la atención a la maternidad sean más seguras, estés donde estés.


En las últimas décadas, los avances en el diagnóstico prenatal han permitido identificar con precisión patologías fetales y placentarias, definir perfiles de riesgo y determinar el momento óptimo para la finalización de la gestación. Sin embargo, en la mayoría de las salas de parto, la atención al feto sigue protocolos uniformes, independientemente de sus condiciones fisiológicas o antecedentes clínicos.

Durante tres días, Barcelona reunirá a los principales referentes mundiales en medicina materno-fetal, interpretación del registro cardiotocográfico, matronería, neonatología y anestesiología para debatir, compartir y construir un modelo asistencial más preciso, más humano y más seguro.

El programa científico se estructurará por áreas temáticas. Cada módulo incluirá:

- Revisión fisiopatológica inicial a cargo de especialistas en diagnóstico prenatal.
- Una actualización en interpretación fisiológica del registro cardiotocográfico y su correlación clínica,
- Una mesa de consenso orientada a establecer criterios de manejo basados en la evidencia.

<https://www.howisthisfetus.com/es>



Vall d'Hebron
Barcelona Hospital Campus

Aula
Vall d'Hebron

CURSO DE

ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL PERINATAL

Barcelona, 2 de Octubre del 2026

Presencial y Virtual

Directores:
Miguel Sardonis, Servicio de Psiquiatría
Maia Brik, Servicio de Obstetricia y Ginecología

Vall d'Hebron | **Vall d'Hebron**
Hospital Universitari

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN
SALUD MENTAL PERINATAL

<https://www.vallhebron.com/sites/default/files/2026-06/SALUD%20MENTAL%2026.pdf>

La plenitud
de ser *mujer.*

NUEVO

Probiótico
vaginal
Medicamento



INTIBIOTICS[®] vaginal

Lactobacillus plantarum P 17630

Normaliza
la microbiota
alterada¹

6 Días de
tratamiento¹

PVP IVA
19,78€



Ficha técnica de
Intibiotics[®] vaginal
Escanee el código QR
para acceder a la ficha técnica
completa del medicamento

Medicamento no financiado por el SNS
Medicamento no sujeto a prescripción médica

SEID  **LAB**

 lab-seid.com

1. Ficha técnica de INTIBIOTICS[®] vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras.
http://datos.seidlab.es/ciwa/SeidLab/098403/PF_08403.html

18/10 diciembre 2022

INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

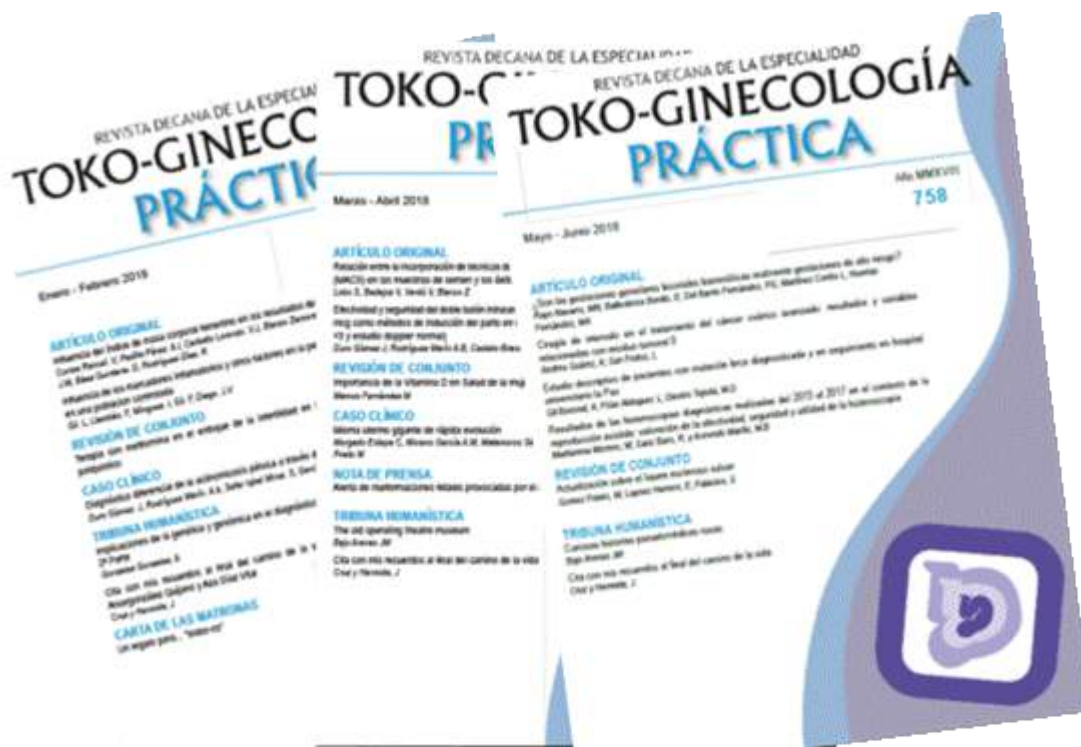
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿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.

TERCERA ETAPA. VOLUMEN 14 Nº 1 AÑO 2026
REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
ISSN: 2340-0161

SUMARIO

Editorial

Originales

- Dos temas tabúes en la medicina del Renacimiento según Damián Carbón: concepción y esterilidad humanas

Revisiones

- Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas
- Beneficios de la suspensión de la perfusión oxitócica en partos de bajo-medio riesgo en fase activa
- Nutracéuticos durante el embarazo: evidencia y recomendaciones desde la consulta de matrona en Atención Primaria

Caso clínico

Importancia de la participación de la matrona en el equipo de reproducción asistida, a propósito de un caso de hiperestimulación ovárica

Echando la vista atrás

Las matronas y la organización de la asistencia obstétrica en el seguro obligatorio de enfermedad (SOE)

Entrevista

Entrevista a Juana M^a Vázquez Lara

Agenda

- XIII Congreso Español de Lactancia Materna
- I Jornadas sobre Especialidades de Enfermería "Caminando hacia la enfermería especialista"
- La AEM invitada al foro profesiones sanitarias: presente y futuro de la profesión enfermera en España

<http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/>

DAE EDITORIAL



LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS, UN AÑO MÁS, VUELVE A CONSEGUIR LA VERSIÓN IMPRESA DE LOS CONSEJOS DE TU MATRONA, ACTUALIZADO 2026, CON UNA TIRADA DE 60.000 EJEMPLARES



Según todas las Organizaciones Internacionales relacionadas con la salud reproductiva de la mujer, las matronas, por sus **conocimientos** (a través de una larga formación universitaria), **competencias** (reguladas ampliamente en el ordenamiento español y europeo) y **habilidades** demostradas a lo largo de toda la historia de la humanidad, son el profesional más idóneo para el cuidado y atención de la educación de las adolescentes, orientación familiar, consulta preconcepcional, embarazo, educación para la paternidad, parto, recién nacido, puerperio, lactancia, recuperación de suelo pélvico, menopausia, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico, educación de otros profesionales, gestión de recursos, investigación en los cuidados de salud reproductiva y asesoramiento a las administraciones sobre programas de salud de la mujer.

¡Pon una matrona en tu vida!

Si quieres, tu matrona te acompaña en cada momento de la vida.

¡Cuidar de tu salud y de la de tu hija/o es lo nuestro!



“LAS MAJUNAS”, EL EMOTIVO ENCUENTRO DE 29 MATRONAS JUBILADAS NAVARRAS

La iniciativa de “Las Majunas” (Matronas Jubiladas de Navarra), como han dado en llamarse, logró que se reencontraran profesionales del Hospital Universitario de Navarra, de distintos CASSYR, de la Clínica Universidad de Navarra y hasta de Tudela.

La jornada reunió el 23 de abril en Pamplona a recién jubiladas y a otras retiradas desde hace más de dos décadas. Con edades entre los 63 y los 84 años, compartieron recuerdos y emoción **en homenaje a una profesión “que nace del corazón y se ejerce con las manos”**

Coincidió recién jubiladas con otras que habían dejado la profesión activa hace más de 20 años; de ahí que se reunieran matronas con edades desde los 63 hasta los 84 años.

Los primeros saludos y abrazos del día llegaron junto al quiosco de la Plaza del Castillo

Desde allí, fueron paseando hasta el hotel Maisonnave donde compartieron una comida. Y cuentan que algunas continuaron la celebración por la tarde entre bailes y más recuerdos .

Lo pasaron tan bien que piensan repetir.

¡Así que ya han convocado “Las Majunas 27”!

Nos admira ver tanta sabiduría, amistad, y trabajo en esta foto.

¡Felicidades por este primer encuentro!

Fuente: Diario de Navarra



Pedro Sánchez presenta el programa 'Somos. Contamos: fin de la discriminación de las mujeres en la investigación de la salud'

EL GOBIERNO TRIPLICARÁ LA INVERSIÓN EN I+D ESPECÍFICA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES, ALCANZANDO LOS 18 MILLONES DE EUROS AL AÑO

"Servirá para impulsar la investigación, el diagnóstico y el tratamiento en áreas que condicionan la vida de miles de mujeres de nuestro país, y que no han recibido la atención necesaria", ha señalado el jefe del Ejecutivo en un acto sobre mujer e investigación en salud.

El presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, ha presentado el programa 'Somos. Contamos: Fin de la discriminación de las mujeres en la investigación de la salud', que va a **"triplicar la inversión en I+D dedicada, específicamente, a la salud de las mujeres, hasta alcanzar los 18 millones de euros anuales"**, y que pone de manifiesto la "importante apuesta del Gobierno en esta materia".

En un acto en la Fundación Ortega-Marañón, en el que también ha intervenido la ministra de Ciencia, Innovación y Universidades, Diana Morant, y que ha contado con la presencia de las ministras de Sanidad, Mónica García, e Igualdad, Ana Redondo, el jefe del Ejecutivo ha subrayado que este programa **"servirá para impulsar la investigación, el diagnóstico y el tratamiento en áreas que condicionan la vida de miles de mujeres de nuestro país"** y "que no han recibido la atención necesaria".

Es el caso del dolor crónico, de enfermedades autoinmunes y tiroideas, de salud cardiovascular y mental; también de la menopausia y de salud hormonal. **"Se trata de paliar la desigualdad estructural en la investigación e innovación biomédica, que recorre toda la cadena del conocimiento: desde las preguntas** que se formulan hasta las soluciones que llegan a las consultas y a los quirófanos", afirmó Pedro Sánchez.

Tres grandes líneas de actuación

El paquete inicial de medidas de este programa se articula en torno a tres grandes líneas de actuación. **"Primero, vamos a impulsar una misión específica sobre salud de las mujeres a través del Centro para el Desarrollo Tecnológico y la Innovación, con un propósito claro: que empresas y centros de investigación realicen proyectos de I+D en salud de mujeres"**.

Segundo, reforzando la investigación con una **"nueva línea de financiación para el Instituto de Salud Carlos III"**. El objetivo último es que los centros de investigación en red trabajen en estas áreas de forma colaborativa.

Y, por último, son **"medidas destinadas a reforzar la masa crítica de investigación en estas áreas, con contratos predoctorales específicos a proyectos de esta temática en la principal convocatoria de la Agencia Estatal de Investigación"**.

Pedro Sánchez, que se ha referido a patologías que llegan a afectar a una de cada siete mujeres y tardan casi una década en ser diagnosticadas -como la endometriosis-, ha incidido en que esto es "algo que no podemos permitir en una España como la actual", y se ha preguntado al respecto: **"si una enfermedad afectara a uno de cada siete hombres, provocara dolor crónico, dificultades para trabajar y problemas de fertilidad, ¿aceptaríamos que el diagnóstico tardara una década en llegar? La respuesta es muy evidente, seguro que no. Así que, ya es hora de que también respondamos 'no', con la misma claridad, cuando hablamos de patologías que afectan a millones de mujeres"**.

El presidente del Gobierno ha concluido reiterando que **"no puede haber igualdad mientras la ciencia siga respondiendo mejor a unas vidas que a otras"** y continuemos tardando años en diagnosticar enfermedades que afectan a millones de mujeres. **"Es una paradoja que dice mucho sobre nuestro pasado, que interpela a nuestro presente, pero que nos impulsa a cambiar el futuro"** y para eso -subrayó- "también está la política".

Fuente: La Moncloa



El Consejero de Sanidad de Galicia subraya la apuesta de la Xunta por reforzar el papel de las matronas como agentes claves para el cuidado de la salud femenina desde la atención primaria

- ✓ Resalta los nuevos programas de salud menstrual que la Xunta está impulsando con el liderazgo de las matronas de atención primaria
- ✓ Recuerda su participación en etapas más allá del embarazo y parto, como la lactancia materna, la menopausia, la educación afectivo-sexual o el cuidado del suelo pélvico
- ✓ Explica que la cobertura del servicio de matrona en los centros de salud de Cerdedo, Carballedo y Forcarei fue ampliada en los últimos años
- ✓ Subraya que la reorganización asistencial establecida ante la ausencia justificada de la profesional titular permite garantizar la atención a las mujeres con toda la cartera de servicios de la matrona.
- ✓ El titular de Sanidade destacó en el Parlamento de Galicia las oposiciones de acceso a 69 nuevas plazas de enfermería especialista en obstetricia y ginecología como muestra del compromiso del Servizo Galego de Saúde con el impulso de esta categoría profesional

El conselleiro de Sanidad, Antonio Gómez Caamaño, destacó hoy en el Parlamento gallego el refuerzo que la Xunta está haciendo en el protagonismo de las funciones de todas las categorías profesionales de atención primaria y, en particular, de las matronas de los centros de salud, que actúan como agentes clave en el cuidado de la salud de las mujeres.

Gómez Caamaño mencionó que el Gobierno gallego está impulsando nuevos programas de salud menstrual liderados por estas especialistas. En este sentido, incidió en que en la actualidad la labor de las matronas no se centra exclusivamente en el embarazo y en el parto. "Su papel es mucho más amplio y abarca todo el ciclo vital de las mujeres", subrayó.

Así, citó su trabajo en la atención preconcepcional y en el posparto, en la promoción de la lactancia materna, en la educación afectivo-sexual, en la prevención y detección precoz de enfermedades, en la atención al suelo pélvico o en la menopausia.

En esa línea, el titular de Sanidade destacó la reciente celebración de las pruebas de las oposiciones de acceso a 69 nuevas plazas de enfermería especialista en obstetricia y ginecología como muestra del compromiso del Servicio Galego de Saúde con el impulso de esta categoría profesional.

Además, el conselleiro aclaró cómo se está cubriendo el servicio de matrona en los centros de salud de Cerdedo, Carballedo y Forcarei ante la ausencia justificada de la titular de la plaza de matrona.

La Xunta reforzó la atención a las mujeres de Cerdedo-Cotobade y Forcarei con la cobertura de una plaza desde 2024 y cubrió la ausencia mediante un relevo y prolongaciones de jornada voluntarias realizadas por profesionales del área sanitaria de Pontevedra y O Salnés en el centro de salud de Tenorio. Por lo tanto, las mujeres de los centros de salud de Carballedo y Cerdedo tienen acceso al servicio de matrona sin salir de su propio ayuntamiento.

Gómez Caamaño puntualizó que el servicio se presta dos veces a la semana, con actividad asistencial individual y actividades grupales de preparación al parto, y no dos veces al mes como se trasladó en la pregunta parlamentaria presentada en O Pazo do Hórreo.

Por ello, el conselleiro de Sanidade repitió el compromiso del Gobierno gallego de seguir reforzando la atención primaria, potenciar el papel de las matronas y seguir garantizando la asistencia sanitaria pública para todas las mujeres, vivan donde vivan.

Fuente: Xunta de Galicia



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid



IV SEMINARIOS DE CINE, SALUD Y ÉTICA

ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL CAMPO DE LA ÉTICA CLÍNICA Y HUMANIDADES, A TRAVÉS DEL CINE

Actividad formativa acreditada que aborda diferentes conflictos en el campo de la ética clínica y las humanidades a través del cine. En total, 30 horas formativas divididas en 10 sesiones con el visionado en cada una de una película y su posterior debate.

Plazo de inscripción abierto hasta el 13 de enero

FECHA	TITULO	TEMÁTICA
21 de enero/26	“La vida por delante”	La prostitución
18 de febrero/26	“Monster”	Salud mental y discriminación
11 de marzo/26	“Cinco lobitos”	Carga de la cuidadora
22 de abril/26	“Sorda”	Violencia obstétrica
20 de mayo /26	“El acontecimiento”	Interrupción del embarazo
17 de junio/26	“Joy”	Fertilización in vitro
23 de septbre/26	“La nouvelle femme” “Maria Montessori”	Cuidado de la discapacidad
21 de octubre/26	“20.000 especies de abejas”	Infancia y disforia de género
18 de noviembre/26	“22 Angeles”	Mujer e investigación
9 de diciembre/26	“Hedwig y The Angry Inch”	Cambio de género



La Asamblea Regional de Murcia ha aprobado por unanimidad el Dictamen de la Comisión de Sanidad y Política Social sobre la Proposición de Ley de infracciones y sanciones administrativas en materia de agresiones a profesionales sanitarios y personal del sistema sanitario público, lo que la convierte en ley autonómica. El texto busca reforzar la protección del personal sanitario en el ejercicio de sus funciones.

Durante el mes de mayo, diferentes colectivos y sindicatos han participado en las Audiencias Legislativas sobre esta proposición de ley. UGT, CCOO, colegios profesionales y asociaciones sanitarias presentaron sus propuestas en la Comisión.

Sus aportaciones, destacadas por todos los grupos parlamentarios, han contribuido a una ley “más sólida, garantista y útil”, según su impulsor, el diputado del Partido Popular (PP) Antonio Martínez Pastor. El consenso parlamentario ha sido clave en la tramitación del texto. El diputado 'popular' ha subrayado que las agresiones a sanitarios “representan una fractura moral que una sociedad no puede normalizar”. Además de respuestas políticas, ha abogado por recuperar el respeto social hacia los profesionales sanitarios.

Por su parte, los partidos de la oposición han pedido al Gobierno regional actuar sobre las listas de espera y la falta de personal. La tensión del sistema sanitario ha sido uno de los ejes del debate parlamentario. La diputada socialista María Soledad Sánchez Jódar ha señalado que “la mayoría de las agresiones son fruto de un sistema tensionado”, y ha pedido abordar el clima de tensión en el Servicio Murciano de Salud.

La Administración actuará de oficio ante agresiones y que las sanciones podrán extenderse a familiares o acompañantes. También se contemplan agresiones en redes sociales y daños materiales

Entre las novedades, ha señalado que la Administración actuará de oficio ante agresiones y que las sanciones podrán extenderse a familiares o acompañantes. También se contemplan agresiones en redes sociales y daños materiales. Finalmente, Ruiz Jódar ha criticado la ausencia de una ley estatal pese a las demandas del sector. Ha defendido la necesidad de una respuesta nacional coordinada ante el aumento de las agresiones.

Fuente:
ConSalud
Javier Leunda

ESPAÑA GANA MÚSCULO ENFERMERO, PERO CAE LA COLEGIALIZACIÓN DE MATRONAS



El cómputo global de enfermeras en el SNS se sitúa en las 358.036 (Datos INE 2024)

El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** volvió a ganar músculo enfermero en 2025, año en el que se incorporaron 4.401 nuevas profesionales colegiadas. El cómputo final se sitúa en las **358.036 trabajadoras**, según los datos que ha actualizado este mes el **Instituto Nacional de Estadística (INE)**, que revelan, no obstante, un ligero descenso del número de **matronas** (186 menos), algo que no ocurría desde hace un lustro.

El **número de enfermeras** se ha mantenido al alza de manera ininterrumpida prácticamente durante toda la serie histórica. **Hay que remontarse al año 1963 para detectar un retroceso en la colegialización.** Por aquel entonces había 12.496 trabajadoras, lo que da buena muestra de la significativa evolución de este perfil profesional en España.

La mejor noticia para la sanidad española es la **juventud de las plantillas enfermeras.**

Menos matronas en la sanidad española

Pero el informe del INE sobre la colegialización de profesionales sanitarios refleja algunos claroscuros en el ámbito del ejercicio enfermero.

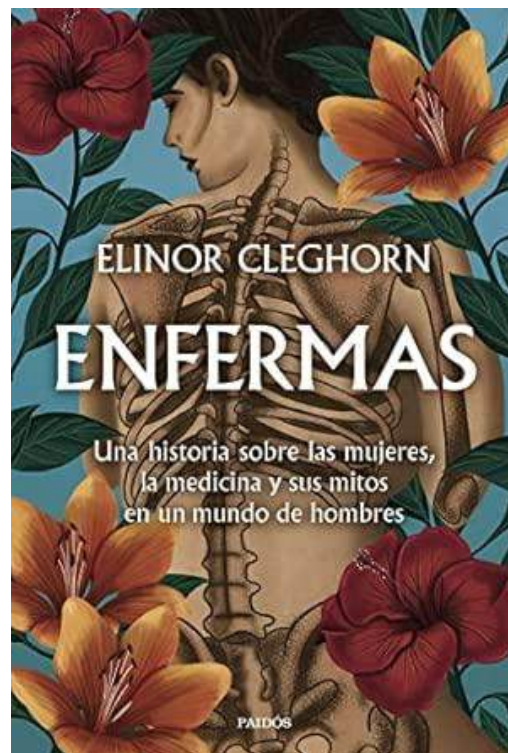
El principal es el retroceso, aunque poco significativo, del número de matronas, que cae hasta las 10.301 (186 menos). Es la primera vez en el último lustro que se produce este fenómeno.

Del total de las plantillas de matronas, solo 674 son varones. En cualquier caso, el nº de matronas se mantiene por encima de los 10.000, al que se llegó por primera vez en el ejercicio 2023, aunque este número según contabiliza INE no es real- apuntamos desde la redacción.. Por una parte, sólo existe la obligación de colegiarse como enfermero y podrían subestimarse el número de matronas. Sin embargo, en esta cifra total que anota el INE, en ejercicios anteriores (ahora no) hacia un desglose de la situación laboral y computaba y suponemos sigue haciendo, también a jubilados y otros, por lo cual se desconoce la cifra exacta.

Fuente Redacción Médica/INE

**ENFERMAS: UNA HISTORIA
SOBRE LAS MUJERES, LA
MEDICINA Y SUS MITOS EN UN
MUNDO DE HOMBRES**

Marzo 2022
Elinor Cleghorn



Un repaso histórico de las primeras cuestiones médicas sobre las enfermedades de las mujeres, pasando por las hormonas y hasta las enfermedades autoinmunes, escrito en un estilo fascinante y cautivador que dará mucho que hablar sobre la salud femenina.

Elinor Cleghorn enfermó hace diez años. Después de mucho tiempo oyendo que sus síntomas eran desde psicósomáticos hasta un posible embarazo, le diagnosticaron una enfermedad autoinmune. Mientras aprendía a convivir con su impredecible enfermedad, recurrió a la historia en busca de respuestas, y lo que encontró fue un indignante legado de sufrimiento, mistificación y diagnósticos erróneos.

En *Enfermas*, Elinor Cleghorn repasa la increíble historia de cómo la medicina ha defraudado a las mujeres al tratar sus cuerpos como algo ajeno y diferente, a menudo con unas consecuencias nefastas. El resultado es una exploración contrastada y rompedora sobre la relación entre la mujer y la práctica de la medicina, desde la idea del «útero errante» de la Antigua Grecia, pasando por el auge de los juicios por brujería que asolaron Europa y el advenimiento de la histeria como cajón de sastre para todo trastorno difícil de diagnosticar, y hasta las primeras incursiones en el estudio de las enfermedades autoinmunes y los cambios en el conocimiento sobre las hormonas, la menstruación, la menopausia y afecciones como la endometriosis.

Repleto de estudios de casos de mujeres que han sufrido, se han enfrentado a la ortodoxia médica y la han reescrito —y de los hombres que controlaron sus destinos—, este libro ofrece un análisis revolucionario sobre la relación entre las mujeres, las enfermedades y la medicina. Cleghorn se adentra en estos casos en un homenaje a las mujeres que sufrieron para que la medicina avanzara, y demuestra lo normalizada que está la enfermedad en la sociedad y la cultura, donde hace mucho que a las mujeres no se les da el crédito que merecen como testigos de sus propias experiencias corporales y su dolor. Hace mucho que urge un cambio de perspectiva: las respuestas se encuentran en el cuerpo, en los relatos de las mujeres enfermas. Y las vidas de las mujeres dependen de que la medicina aprenda a escucharlas.



La Dra. Elinor Cleghorn tiene formación en cultura visual feminista e historia, y sus escritos críticos se han publicado en varias revistas académicas, entre ellas Screen. Tras obtener su doctorado en 2012, Elinor pasó tres años como investigadora postdoctoral en la Ruskin School de la Universidad de Oxford, trabajando en un proyecto interdisciplinario de humanidades médicas.

Ha impartido charlas y conferencias en el British Film Institute, donde ha colaborado regularmente en su programa educativo, en la Tate Modern y en el ICA de Londres, y ha participado en el programa de debate The Forum de BBC Radio 4. En 2017, fue finalista del premio de ensayo de Fitzcarraldo Editions. Actualmente trabaja como escritora e investigadora independiente. Su primer libro de no ficción, precisamente el que comentamos: *Enfermas*, se publicó en junio de 2021. Recientemente ha salido a la venta su segundo libro, éste sobre la historia feminista interseccional de las mujeres y el conocimiento liderado por las madres en torno a la reproducción, el embarazo, el parto y la maternidad: “A Woman’s work” (El Trabajo de una mujer”), la primera gran historia narrativa de la maternidad, contada a través de los cuerpos, los escritos y el activismo de mujeres y personas que ejercen la maternidad.

Este libro nos parece de gran interés para las matronas porque de una forma implícita deja patente la autora en su narrativa, la intrusión y empoderamiento de los hombres en el terreno de asistencia de las parteras-matronas y la consecuente subordinación de éstas que, desde “illo tempore” venían asistiendo a las mujeres en sus necesidades sexuales y reproductivas, con un cuerpo de conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación, dado que no existía el conocimiento científico, con el objeto exclusivo de ayuda desde la consideración en esa relación que ha vinculado a la mujer a toda vida vulnerable, enferma, en riesgo, dependiente. Es asombroso ver cuántos de estos hombres que abanderaron la salud de la mujer fueron auténticos urdidores de teorías sobre las amenazas que las actividades intelectuales suponían para la utilidad futura de la mujer, sobre su inferioridad intelectual, moral y física, que justificaba dejarlas sin derechos, la tiranía que estos médicos les impusieron y la última incapacidad aplicada a las mujeres, la de la ignorancia. El papel protagónico del hombre en general en la medicina femenina, en busca del conocimiento científico en el área sexual y reproductiva, estuvo lejos de la ética y consideración hacia las mujeres y sus diferencias biológicas, su marco fue la vanidad, su propia vanagloria y los prejuicios de género.

Es llamativo observar cómo lucharon las mujeres por llegar a ser médicos y porque el mundo, empezando por sus colegas masculinos, entendieran que la educación y el conocimiento libres de supersticiones y prejuicios eran esenciales para mejorar la salud de las mujeres, conocimiento que las mujeres médicas pudieron adquirir no sólo a base de estudio, práctica y experimentación sino y, además, de escuchar y confiar en las mujeres.

Fuente: Redacción



LOS SEIS PARTOS DE MARÍA DE MÉDICI, REINA DE FRANCIA Y DE NAVARRA, SEGÚN LOUIS BOURGEOIS, CONOCIDA COMO BOURSIER, SU PARTERA - Un estudio biográfico, notas y aclaraciones Por el doctor ACHILLE CHEREAU



Les contaré, en este sentido, lo peligrosa que es la aprensión para una mujer embarazada. Un día, una anciana sabia y respetable dama de la alta sociedad me pidió que la acompañara inmediatamente a ver a una joven de parto, que presentaba considerables dificultades. Fui y encontré a una joven sentada al borde de una gran silla sostenida por cuatro personas, con fuertes convulsiones. Hice que la colocaran al otro lado de la cama, en la posición que prescribe el cirujano. Hice esto para que el parto fuera rápido, ya que el niño estaba en la coronación. Había un boticario y dos cirujanos que estaban cerca querían sacar a la niña por la cabeza con un gancho.

Hicieron esperar al señor Honoré. Dios me concedió la gracia de recibir a su hija, que era una niña vivaz y sana, y felizmente la ayudé a nacer. Esto le sucedió en un estado de gran temor, como supe después.

Estaba acompañada por su madre y varias parientes, quienes presionaban a la partera para que les dijera cuándo daría a luz, algo bastante difícil de calcular con precisión en el primer hijo. Cuando la partera vio que la niña había avanzado más en una contracción que en doce, pensó en tranquilizar a todos y dijo que debían darle hilo y tijeras rápidamente. La pobre joven, que era joven y muy sencilla, oyó esto, pensó que querían cortarla y coserla, comenzó a temblar, y de inmediato la sobrevinieron convulsiones que no la abandonaron hasta su muerte, sin importar la ayuda que recibiera.

Una comadrona nunca debe carecer de hilo ni de tijeras, y nunca debe hacer ni tolerar

ningún ruido en la habitación de una mujer de parto, durante o después del alumbramiento, por mucha alegría que se pueda sentir por el nacimiento o por ver al niño tal como se deseaba.

Es una indiscreción de gran parte de la población hacer un ruido desesperado tan pronto como una mujer ha dado a luz. Esto a menudo causa gran daño a las mujeres que, sintiéndose liberadas de tan gran dolor, se creen libres de todo sufrimiento.

Debemos recordar el proverbio de la gente buena: "Quien arrastra la cuerda no ha escapado". Se dirá que las mujeres a menudo dan a luz solas, y no se ven perjudicadas por ello. Oí que una joven valiente de buena cuna, habiendo dado a luz a su primer hijo con gran dificultad, dio a luz a varios más inesperadamente y con poco dolor, de modo que en cada reunión donde visitaba a mujeres que habían dado a luz recientemente decía que no tenía partera y no la necesitaba, que a veces su doncella era su partera, a veces la cocinera o el ama de llaves, dependiendo del lugar de su casa donde se produjo la enfermedad, y que nunca deseó conocer ni emplear a una partera en su vida. Esto fue para su gran perjuicio; pues durante el embarazo, experimentó una pequeña pérdida de sangre que descuidó y dejó que siguiera su curso; e incluso daba paseos en carruaje; de modo que cuando las debilidades que comenzaron a apoderarse de ella, que finalmente la detuvieron, su enfermedad



ya no era remediable; ella y su hijo murieron.

No todos los partos de una mujer, ni sus embarazos, son iguales. No podría hacer una comparación más significativa para representar los embarazos y partos de las mujeres que acompañarlas en un viaje: la mujer a un barco de gran importancia, cargado de gente valiosa; la partera a un gran piloto, el capitán del barco.

Por lo tanto, diré que cuando tales personas tienen que emprender un viaje, lo primero que deben hacer es elegir al hombre más capacitado posible, para saber cuándo izar o arriar las velas y para determinar si están en tierra donde puedan anclar y esperar a que pase la tormenta; para conocer a la perfección la carta náutica y la brújula, para saber, a todas horas del día y de la noche, en qué tierra ha arrastrado la tormenta el barco. Esto es sumamente necesario, ya que la vida está en juego al desembarcar en la Isla Salvaje o en la tierra de los turcos; nada menos que una muerte cruel o la esclavitud perpetua está en juego. No hay comparación entre una pequeña rama de una vena y la vena cava; ni entre el mar y un río; y sin embargo, por falta de barqueros y porteadores en el agua, o de aquellos poco expertos a menudo borrachos, incluso en los tiempos más tranquilos, causan pérdidas de personas y mercancías.

¡Cuánto debería temer un comerciante poner su vida y sus posesiones en tales manos! Son personas sin peso ni medida, que no entienden la carga del barco que dirigen. Tienen el rumor de ser más baratos que otros; pero lo compran por más de su peso en oro.

Ojalá se reconociera a los buenos maestros de cada profesión, para que todos se esforzaran por serlo.

Te diré, hija mía, que no te sorprendas de ver la profesión de partera despreciada, ni esto te desanime a buscar sus perfecciones, que son incomprensibles para quienes las desprecian, ni te sorprendas si ves en esta profesión gente tan indigna del nombre. Esto no disminuye el conocimiento ni el honor de quienes

lo merecen.

Es porque quienes los aceptan por dinero actúan como posaderos de pueblo que atan burros y caballos a sus buenos caballos. Los buenos caballos no corren peligro de resultar heridos por los burros o los caballos salvajes, pero podrían herir a los demás. Cuando encuentres a estas rameras, no te acerques a ellas; son demasiado escurridizas. Y en cualquier compañía que vayas, nunca hables de ellas. Porque serías como el erudito que buscó vengarse de una pescadera que lo había insultado: fue a verla con su cuaderno. En resumen, todos los insultos que pudo encontrar, en francés y en latín, parecieron tan ineficaces contra ella como una mosca contra un elefante. Diviértete solo haciendo el bien y sirviendo a quienes te invocan, según sus deseos, siempre que no les perjudique; si lo que desean les perjudica, desahogate con ellos, y especialmente con los ayudantes, para persuadirlos de que entren en razón. La dulzura de una partera es mucho más efectiva que la dureza. El dolor del parto es extremo. Por eso hay que tenerlo en cuenta, y hay que adaptarse (sin prejuicios) al estado de ánimo de la paciente, por cualquier daño que se pueda recibir de ello. Solo estás allí para ayudarla y servirla. Al entrar en una casa, ten cuidado de evaluar el estado de la mujer enferma, si la enfermedad está progresando rápidamente. Debes animarla, preparar con quienes la ayudan, o sola, lo que necesita: esto significa, por primera vez, prepararle una cama adecuada para el parto y ponerle, si lo prefiere, una pequeña camisola, pañales, camisetas y otras prendas de lino. (pag.42)

Continuará



CURSO PARA MATRONAS

Trastornos del sueño de la matrona, la gestante y su bebé

Organiza:
Asociación Española de Matronas

Colabora:
BabyKeeper®

6 de octubre de 2026
(jornada única)

DOS TURNOS DISPONIBLES

 <p>Turno de mañana 9:00 – 13:30 h (con pausa café 11:00-11:30 h)</p>	 <p>Turno de tarde 15:30 – 20:00 h (con pausa café 17:30-18:00 h)</p>		
 <p>LUGAR C/. Cavanilles, 3 Sede del CODEM y de la AEM</p>	 <p>DURACIÓN 4 horas lectivas</p>	 <p>COSTE GRATUITO</p>	 <p>DOCENTE Tomás Zamora Director del Instituto Europeo de Calidad del Sueño (ESCI)</p>

Solicitada acreditación



CURSO PARA MATRONAS
Trastornos del sueño de la matrona, la gestante y su bebé

 **Organiza;**
Asociación Española de Matronas
Colabora:
Baby Keeper

 **6 de octubre de 2026**
(jornada única)

ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN
Del 1 de mayo 2026 hasta el 30 de septiembre-2026

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN VIA MAIL:

matronas@asociacion-nacional.com

**Inscripciones por riguroso orden de solicitud-
Preferentes: asociados de AEM, Asociaciones de Aragón y Extremadura.**

+ de 47 AÑOS + de 47 LOGROS



