



SUMARIO

Editorial

Originales

- Experiencias de matronas españolas en cooperación internacional: estudio cualitativo basado en historia oral
- El consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica: estudio cualitativo desde la perspectiva de las matronas

Revisiones

- Terapia de reemplazo hormonal y no hormonal: evaluación del bienestar afectivo y sexual en mujeres
- Reanimación neonatal en neonatos a término y prematuros con cordón intacto
- Pilar Jáuregui de Lasbennes: construcción de opinión pública desde la prensa, para el cambio de la profesión de Matronas (XIX)

Echando la vista atrás

Matronas y especialidades de enfermería ¿fantasmas?

Entrevista

Entrevista a Aimón Sánchez Molinero

Agenda

- Aval de la AEM a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL)
- Ampliación del comité editorial de la revista *Matronas Hoy*
- Adhesión y campaña de la AEM por el apoyo de líderes en partería al cambio de la directiva europea sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales de las matronas
- La AEM denuncia la acreditación de la UDM obstétrico-ginecológica "Quirón Pozuelo" para formación de matronas





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

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@daeformacion.com

E-mail de atención al cliente, publicidad y administración:
matronashoy@daeformacion.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge** **EBSCO**

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM

© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
<https://www.enfermeria21.com/revista-matronas-hoy/normas-de-publicacion-matronas-hoy/>

ISSN: 2340-0161



matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa M^a Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- M^a Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros
- Dra. Juana María Vázquez Lara
- Dr. Francisco Javier Fernández Carrasco
- Dr. Luciano Rodríguez Díaz

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por





Sumario • Summary

Vol. 14 - nº 2 septiembre-noviembre 2026

Editorial

4

Originales

- Experiencias de matronas españolas en cooperación internacional: estudio cualitativo basado en historia oral 6
Brais Descamps Torres, Claudia González Lópe, Nieves Márquez Abrales
- El consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica: estudio cualitativo desde la perspectiva de las matronas..... 16
Elena Fernández García

Revisiones

- Terapia de reemplazo hormonal y no hormonal: evaluación del bienestar afectivo y sexual en mujeres 27
Carolina Pérez-Pérez, Michel Carrasco-Díaz, Javiera Fuentes-Troncoso, Nitza Letelier-Menares, Pamela Vilches-Arellano, Daniela Oñate-Muñoz, Damary Lagos-Saavedra
- Reanimación neonatal en neonatos a término y prematuros con cordón intacto 36
Raquel Martínez Carrillo
- Pilar Jáuregui de Lasbennes: construcción de opinión pública desde la prensa, para el cambio de la profesión de Matronas (XIX) 46
Rosa María Cancelo Lama, Rosa María Plata Quintanilla

Echando la vista atrás

- Matronas y especialidades de enfermería ¿fantasmas? 56
Rosa Mª Plata Quintanilla

Entrevista

- Aimón Sánchez Molinero..... 62

Agenda

- Aval de la AEM a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL) 72
- Ampliación del comité editorial de la revista *Matronas Hoy*..... 73
- Adhesión y campaña de la AEM por el apoyo de líderes en partería al cambio de la directiva europea sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales de las matronas 74
- La AEM denuncia la acreditación de la UDM obstétrico-ginecológica "Quirón Pozuelo" para formación de matronas 75

Editorial

La distancia entre el discurso político y la realidad: mujeres y matronas

El ciclo constante del tiempo nos sitúa en un nuevo verano e invariablemente los problemas de las matronas crecen sobre todo, aunque no exclusivamente, por su escasez dentro de las planillas sanitarias que, por la estacionalidad, dado el derecho laboral a vacaciones estivales, se ven aún más reducidas.

Las actividades de las matronas, que recordemos es la única especialidad que en su parte obstétrica atiende a dos "usuarios" a la vez, uno en extremo vulnerable, no pueden diferirse por vacaciones ni cualquier otra circunstancia que suponga la merma de efectivos de una ya insuficiente plantilla para la asistencia potencial de más de la mitad de la población femenina de este país que, por motivos diferentes al embarazo, también necesita atención si no urgente en todos los casos, sí con una agilidad propia de una accesibilidad sanitaria garantizada. Recordemos que la accesibilidad no es otra cosa que la capacidad de un sistema de salud para proporcionar atención sanitaria de manera oportuna, además de equitativa y libre de barreras cuando surge un problema de salud. La accesibilidad ágil en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) es la condición que permite que este nivel asistencial actúe como primer punto de contacto entre la población y el sistema sanitario, una de las características indispensables para la efectividad de la APS.

Datos de este pasado mes de julio de 2026 confirman que la espera para conseguir una cita en Atención Primaria bate récords: un 71% espera una media de 10,3 días y consecuentemente por esta, entre otras circunstancias sobreañadidas, es comprensible que el porcentaje de población que valora positivamente el sistema sanitario haya caído del 72% en 2019 al 53% en 2026, según el último barómetro sanitario del CIS.

Las mujeres llevamos no años, sino siglos, encadenadas al sesgo de género y la consecuente discriminación a nuestra atención sanitaria y aunque, con el esfuerzo de mujeres que nos precedieron y hombres que apoyaron las reivindicaciones racionales de estas, hemos avanzado en la igualdad de derechos, queda mucho trecho aún por avanzar a pesar de que ya transitemos por el segundo cuarto de siglo XXI. No podemos olvidar que la Constitución española ya supuso un importante cambio, aunque no es menos cierto que esta Carta Magna carece de previsiones específicas sobre la histórica desigualdad entre mujeres y hombres y, lo más importante, un esfuerzo real y efectivo por una regulación específicamente transformadora, que ordene la

sociedad bajo el principio de la radical igualdad entre los dos sexos.

Nuestras políticas, que ya superan el 44% de representación parlamentaria junto a los políticos varones que completan el resto del arco político, deben pensar que es una cuestión baladí la salud de las mujeres, porque lejos de soflamas y disputas por apacentar ser los "más feministas" de la historia su discurso no parece que mejore, al menos en atención a la salud sexual y reproductiva en España, sino al contrario.

Me irrita pensar que una de esas previsiones específicas en torno a las mujeres quedó tan bien redactada en artículo 4 de la Ley 15/2022 al incorporar la perspectiva de género en las políticas contra la discriminación, con especial atención a su impacto en las mujeres y las niñas, a fin de eliminar los obstáculos que impidan, a unas y otras, el acceso a derechos como la educación, el empleo, la salud, el acceso a la justicia y el derecho a una vida libre de violencias, entre otros. Y hablando de salud, que es nuestro tema, esta Ley toma conciencia de las necesidades específicas de las mujeres, estableciendo que en los planes y programas que la Ley regula en materia de salud y asistencia sanitaria se ponga "especial énfasis en las necesidades en materia de salud específicas de las mujeres, como la salud sexual y reproductiva, entre otras" (art. 15).

El papel lo aguanta absolutamente todo, pero la realidad es otra, porque la realidad en la actualidad es que la demora en la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, cuyo primer eslabón de atención es la Matrona, enfermera especialista en este campo, no es puntual ni casual, sino sistemática y cada vez mayor. La causalidad de esta situación está claramente relacionada con la falta de efectivos y el maltrato sistemático a esta profesión imprescindible en el marco de atención sanitaria. Las matronas cada vez están más cansadas sufriendo una auténtica explotación que pone en riesgo la calidad de su atención y sus propias vidas. Mientras tanto, las mujeres perciben que los niveles de accesibilidad se han deteriorado sensiblemente, incluso de calidad porque las matronas son sustituidas por enfermeros generalistas en algunos lugares en la APS, que, insisto, es primer nivel de entrada para la mayoría de los problemas de salud sobre los que se demanda asistencia de una manera más rápida, eficiente, incluso más segura que en el nivel hospitalario que, por esta causa, se ve sobrecargado innecesaria e injustificadamente. Como efecto de dominó, de igual manera se originan riesgos asociados

a la demora de la atención proporcionales a su duración, lo que afecta de forma directa tanto a la salud de las usuarias como a la salud pública.

La ratio de matronas en España es una de las más bajas de toda Europa, se sabe hace mucho tiempo, pero políticas y políticos no hacen nada para solventar esta situación que irremisiblemente vulnera los derechos de profesionales y mujeres. Con el verano, aumenta el desastre... Los políticos se escudan en que no hay recambio de matronas, pero omiten decir que ese problema lo han generado ellos mismos al no destinar fondos necesarios para que más de 3.000 plazas de formación de estas especialistas pudieran incorporarse a la oferta formativa. Mientras tanto, tampoco articulan medidas urgentes y dignas para que esas escasas 2.633 matronas adscritas a la Atención Primaria cuya población se eleva ya a 24.829.030 mujeres potencialmente usuarias (datos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad). La consecuencia es que estas profesionales se

ven obligadas a asumir cada vez más visitas por jornada, reducir el tiempo destinado a cada atención y prolongar sus jornadas laborales, en muchos casos sin una retribución ni un reconocimiento.

Dice el refrán que "a grandes males, grandes remedios" y estoy convencida de que si hubiera voluntad y responsabilidad política, se tomarían medidas a corto y largo plazo para evitar este desastre que está desgastando a las matronas y pisoteando el derecho fundamental de las mujeres a una atención oportuna y profesional a su salud sexual y reproductiva.

Este es el reflejo cierto de la distancia entre el discurso político y la realidad.

Rosa M^a Plata Quintanilla
Directora Matronas Hoy

Experiencias de matronas españolas en cooperación internacional: estudio cualitativo basado en historia oral

¹ Brais Descamps Torres

² Claudia González López

³ Nieves Márquez Abrales

¹ Graduado en Enfermería. Escola de Enfermería de Pontevedra. Universidad de Vigo. España.

² Doctora en Ciencias de la Educación. Escola de Enfermería de Pontevedra. Universidad de Vigo. España.

³ Graduada en Enfermería. Escola Naval Militar de Marín. Pontevedra. España.

E-mail: braisdescamps21599@gmail.com

Fecha de recepción: 9 de junio de 2026.

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2026.

Cómo citar este artículo:

Descamps Torres B, González López C, Márquez Abrales N. Experiencias de matronas españolas en cooperación internacional: estudio cualitativo basado en historia oral. *Matronas Hoy* 2026; 14(2):6-15.

Resumen

Introducción: las matronas desempeñan un papel central en la salud materna en cooperación internacional. Las experiencias de profesionales españolas en este ámbito están escasamente documentadas en la literatura científica.

Objetivos: analizar las experiencias de matronas españolas que han participado en proyectos de cooperación internacional, atendiendo a sus motivaciones, su práctica en terreno, los aprendizajes y retos vividos, y el impacto en su ejercicio profesional posterior en España.

Método: estudio cualitativo basado en historia oral con enfoque fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a siete matronas con experiencia en cooperación en países de África y América Latina, seleccionadas mediante muestreo intencional y bola de nieve. Las entrevistas, efectuadas entre febrero y marzo de 2026 por videollamada, se transcribieron literalmente y se analizaron mediante análisis temático inductivo (Braun y Clarke), con triangulación investigadora.

Resultados: emergieron cinco temas: motivaciones y preparación previa; práctica profesional en contextos de escasez; identidad profesional y saberes compartidos; retos éticos, emocionales y culturales; e impacto tras el retorno. Las participantes destacaron la revalorización del rol profesional, el aprendizaje bidireccional con parteras tradicionales, el desarrollo del juicio clínico y la adquisición de competencias transversales.

Discusión: la cooperación internacional emerge como una experiencia transformadora que fortalece la identidad profesional, desarrolla la humildad cultural y mejora la atención posterior a mujeres migrantes en España.

Conclusiones: estas experiencias enriquecen la práctica clínica y respaldan la inclusión de contenidos sobre salud global, interculturalidad y humildad cultural en la formación de matronas.

Palabras clave: matronas; cooperación internacional; investigación cualitativa; salud global; competencia cultural.

Abstract

Experiences of spanish midwives in international cooperation: a qualitative study based on oral history.

Introduction: midwives play a central role in maternal health within international cooperation. The experiences of Spanish professionals in this setting have been scarcely documented in scientific literature.

Objectives: to analyse the experiences from Spanish midwives who have been involved in international cooperation projects, paying attention to their motivations, their field practice, the learning and challenges experienced, and their impact on their subsequent professional practice in Spain.

Method: a qualitative study based on oral history with a phenomenological approach. Semi-structured interviews were conducted with seven midwives with experience in cooperation in African and Latin American countries, selected through intentional and snowball sampling. The interviews took place by video call between February and March, 2026, were transcribed literally, and analysed through Inductive Thematic Analysis (Braun and Clarke), with research triangulation.

Results: five main subjects emerged: motivations and previous preparation; professional practice in deprived settings; professional identity and shared knowledge; ethical, emotional and cultural challenges; and impact after return. The participants highlighted the revaluation of their professional role, bidirectional learning with traditional midwives, development of clinical judgment, and the acquisition of cross-sectional skills.

Discussion: international cooperation comes out as a transforming experience strengthening professional identity; it develops cultural humility, and improves subsequent care for migrant women in Spain.

Conclusions: these experiences enrich clinical practice, and support the inclusion of contents regarding global health, interculturality, and cultural humility within training for midwives.

Key words: midwives; international cooperation; qualitative research; global health; cultural competence.

Nota: La palabra *matronería* no se contempla en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE); no obstante, en España, se viene utilizando de manera informal en lugar de *partería* que parece hiciera mención exclusiva a la atención al parto, para designar la labor de las matronas en su conjunto: un planteamiento de atención a las mujeres, niñas y personas de género diverso en su salud sexual reproductiva, en la que se incluye la atención al parto, actividad principal por la que se las identifica desde tiempos inmemoriales como asistentes empíricas hasta su profesionalización. Por otra parte, el término *partera*, en España ha quedado relegado para designar a las mujeres que sin titulación han asistido y asisten a los partos, frente a la palabra *matrón-matrona* incorporada al diccionario de la RAE para designar, aunque de forma muy incompleta, las competencias de estos profesionales como "persona facultada para asistir a las parturientas".

Las matronas/es poseen un corpus de conocimientos exclusivo y un conjunto de técnicas y actitudes profesionales extraídas de disciplinas compartidas con otras profesiones sanitarias, como las ciencias de la salud y la sociología, pero practicadas por las matronas y basadas en principios de autonomía, asociación, ética y responsabilidad [1].

Introducción

La matronería tiene un papel esencial en la atención a la salud materna, neonatal, sexual y reproductiva. Cuando las matronas están adecuadamente formadas y reguladas pueden proporcionar la mayor parte de los cuidados esenciales que requieren las mujeres y los recién nacidos, con un impacto sustancial en la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal [2]. El informe *State of the World's Midwifery 2021* estima que una participación adecuada de las matronas permitiría prevenir más del 80% de las muertes maternas, fetales y neonatales [3]. Pese a ello, persiste una escasez global de aproximadamente 1,1 millones de profesionales en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente, de los cuales 900.000 son matronas [3].

En este contexto, la cooperación internacional en salud es un ámbito relevante para el ejercicio de la matronería. Las profesionales que participan en proyectos de cooperación combinan atención clínica, formación del personal local y educación comunitaria para la salud, contribuyendo al fortalecimiento de los sistemas sanitarios en países con recursos limitados [3]. Iniciativas conjuntas de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), como el *Midwifery Accelerator*, persiguen integrar servicios de matronería de alta calidad en los sistemas sanitarios nacionales, particularmente en entornos de bajos recursos [4].

La labor de las matronas se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, en especial el ODS 3 (salud y bienestar), el ODS 5 (igualdad de género) y el ODS 10 (reducción de desigualdades) [5], así como con el derecho a la salud reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos [6]. En España, el ejercicio de la cooperación se enmarca en la Ley 1/2023, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global [7] y se articula institucionalmente a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) [8].

Pese a la relevancia clínica, formativa y ética de estas experiencias, la literatura sobre matronas españolas que han participado en proyectos de cooperación internacional es escasa. Los trabajos disponibles abordan, en su mayoría, aspectos macroestructurales o se centran en otros contextos nacionales, sin profundizar en las vivencias subjetivas y los aprendizajes profesionales de quienes ejercen en estos entornos. Esta ausencia limita la comprensión de cómo la experiencia cooperante influye en la identidad profesional, en la práctica clínica posterior y en la atención a poblaciones culturalmente diversas en el sistema sanitario español.

Documentar estos testimonios resulta pertinente por tres razones. En primer lugar, permite visibilizar relatos profesionales poco recogidos y preservar el patrimonio inmaterial de la matronería vinculado a la cooperación internacional [9]. En segundo lugar, aporta conocimiento aplicable a la formación de matronas y al desarrollo de competencias interculturales útiles para la atención a mujeres migrantes [10]. Por último, contribuye a la reflexión ética sobre los modelos de cooperación en salud y sobre el papel de las matronas en la consecución de la equidad sanitaria global.

Objetivos

Objetivo general

Analizar las experiencias de matronas españolas que han participado en proyectos de cooperación internacional y su impacto en el ejercicio profesional posterior en España.

Objetivos específicos

- Explorar las motivaciones y la preparación previa para participar en cooperación internacional.
- Describir las características de la práctica profesional en terreno y los retos asociados.
- Identificar los aprendizajes adquiridos y las competencias profesionales desarrolladas.
- Analizar el impacto profesional y personal tras el retorno a España.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en historia oral con un enfoque fenomenológico interpretativo [9, 11, 12]. La investigación cualitativa permite aproximarse a las experiencias profesionales desde una perspectiva holística y contextualizada [11]. La historia oral facilita recoger sistemáticamente testimonios y relatos en primera persona, mientras que la fenomenología profundiza en los significados que las personas atribuyen a su experiencia vivida [9, 12].

Participantes y muestreo

Se utilizó un muestreo intencional por conveniencia complementado con la técnica de bola de nieve, especialmente útil para acceder a colectivos profesionales poco visibles. El contacto inicial se estableció a través de organizaciones de cooperación (Sunu Gaal) y de la Asociación Galega de Matronas. Algunas participantes facilitaron, a su vez, el acceso a otras profesionales con experiencias similares.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser matrona de nacionalidad española, haber participado en, al menos, un proyecto de cooperación internacional en el ámbito de

la salud materna e infantil, y aceptar participar mediante entrevista.

La muestra final estuvo constituida por siete matronas, todas mujeres, con edades entre 29 y 57 años y una experiencia profesional como matronas, comprendidas entre 5 y 20 años. Las participantes procedían de cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Galicia, Islas Canarias y País Vasco) y habían colaborado principalmente en países de África y América Latina, mayoritariamente a través de organizaciones no gubernamentales (Tabla 1).

Recogida de datos

Antes de cada entrevista, se obtuvo el consentimiento informado por escrito y se cumplimentó un cuestionario sociodemográfico mediante Google Forms, que recogía datos generales, formación académica, experiencia profesional y experiencia en cooperación.

Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual, en modalidad semiestructurada, a través de la plataforma Microsoft Teams, entre el 11 de febrero y el 11 de marzo de 2026. La duración osciló entre 22 y 67 minutos (tiempo total acumulado: 292 minutos y 32 segundos). El formato telemático permitió incluir participantes de distintas comunidades autónomas sin restricciones geográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de las participantes (n= 7)						
Código	Edad (años)	Comunidad autónoma de procedencia	Años de experiencia Matrona	Países destino cooperación	Tipo de organización	Tiempo total en cooperación
M1	41	Analucía	10	Senegal	ONG	1 mes
M2	29	País Vasco	5	Benín Camerún Uganda	ONG	5 meses
M3	31	Galicia	6,5	Ghana Argelia	ONG	2 meses
M4	57	Islas Canarias	19	Chile, Grecia, El Salvador	Organización internacional	6 meses
M5	48	Galicia	15	Guatemala Honduras	ONG	1,5 meses
M6	48	Galicia	20	Guatemala El Salvador	AECID/Fuden	12 meses
M7	46	Andalucía	17	Bolivia Ecuador Argelia	ONG	2 meses
Nota: todas las participantes son mujeres. Edad media: 42 años (rango: 29-57). Experiencia media como matronas: 14,4 años (rango 5-20). Cooperación principalmente en países de África y América latina. Códigos alfanuméricos (M1-M7) asignados con fines de anonimización. ONG: organización no gubernamental. AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. FUDEN: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería						

Todas las entrevistas se grabaron, previo consentimiento, y se transcribieron literalmente.

El guion semiestructurado, elaborado *ad hoc* para el estudio, se organizó en torno a los siguientes bloques: motivaciones para participar en cooperación internacional; descripción de los proyectos y de los contextos en los que trabajaron; competencias profesionales desarrolladas; dificultades y retos afrontados; impacto personal y profesional de la experiencia; y reflexiones sobre el papel de la matrona en la cooperación. La primera entrevista tuvo carácter piloto y se realizó con la presencia de las investigadoras del equipo, lo que permitió ajustar la técnica sin modificaciones sustanciales del guion.

Análisis de datos

Se aplicó un análisis temático inductivo siguiendo las seis fases propuestas por Braun y Clarke [13]: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y elaboración del informe.

La aproximación inductiva resultó coherente con los objetivos del estudio, al permitir que las categorías emergieran del propio material narrativo.

Como apoyo instrumental para la organización, indexación y exploración inicial del material, así como para la localización de fragmentos, se utilizó la herramienta Notebook LM. La interpretación de los datos y la construcción de los temas fueron efectuadas íntegramente por el equipo investigador. En ningún momento se introdujo en la herramienta información que permitiera identificar a las participantes.

Rigor metodológico

Se aplicaron los criterios de rigor cualitativo propuestos por Lincoln y Guba [14]: credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad (Tabla 2).

La credibilidad se reforzó mediante la transcripción literal de las entrevistas, la inclusión de verbatim, la triangulación investigadora entre el equipo de investigación y la realización de una entrevista piloto con presencia de las investigadoras.

La transferibilidad se favoreció mediante la descripción detallada del contexto, las participantes y el procedimiento.

La dependibilidad se aseguró con un registro auditable de las decisiones analíticas adoptadas.

La confirmabilidad se reforzó con la triangulación investigadora y el uso de verbatim directos que vinculan los hallazgos con los datos originales.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo respetando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki vigente y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La participación fue voluntaria y todas las matronas firmaron el consentimiento informado tras recibir información clara sobre el propósito, el procedimiento, los beneficios y los riesgos del estudio. La confidencialidad se garantizó mediante codificación alfanumérica de las participantes (M1-M7) y custodia segura de las grabaciones y transcripciones en dispositivos protegidos con acceso restringido al equipo investigador.

Tabla 2. Criterios de rigor metodológico aplicados	
Criterio (Lincoln y Guba)	Estrategia aplicada a este estudio
Credibilidad	Transcripción literal de las entrevistas; inclusión de verbatim representativos en los resultados; triangulación investigadora entre el equipo de investigación; realización de una entrevista piloto supervisada para ajustar la técnica
Transferibilidad	Descripción detallada del contexto de las características de las participantes (Tabla 1) y del procedimiento de recogida y análisis, de modo que el lector pueda valorar la aceptabilidad de los hallazgos a otros contextos similares
Dependibilidad	Registro auditable de las decisiones tomadas durante el análisis, conservación de las transcripciones y trazabilidad de los códigos y temas a partir del material original
Confirmabilidad	Triangulación investigadora con el equipo de investigación; uso de verbatim directos que conectan los hallazgos con los datos originales; uso de NotebookLM exclusivamente como apoyo a la organización del material, sin sustituir la interpretación humana
Nota: criterios de rigor cualitativo basados en la propuesta de Lincoln y Guba (1985), adaptados al diseño del estudio	

Resultados

Características de las participantes

Participaron siete matronas españolas, todas mujeres, con una edad media de 42 años (rango 29-57) y una media de 14,4 años de ejercicio profesional. Sus experiencias en cooperación se desarrollaron principalmente en países de África (Senegal, Benín, Camerún, Uganda, Ghana, Argelia) y América Latina (Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras,

Bolivia, Ecuador), con duraciones de entre uno y doce meses (Tabla 1).

Del análisis temático inductivo emergieron cinco temas principales (Tabla 3):

(1) motivaciones y preparación previa; (2) práctica profesional en contextos de escasez; (3) identidad profesional y saberes compartidos; (4) retos éticos, emocionales y culturales; y (5) impacto tras el retorno a España.

Tabla 3. Temas principales, códigos y síntesis interpretativa		
Tema	Código	Síntesis interpretativa
1. Motivación y preparación previa	Motivaciones personales y profesionales	Impulso interno surgido de una sensibilidad temprana hacia las desigualdades sociales y el deseo de aplicar los conocimientos profesionales en contextos con mayor impacto social
	Formación previa específica	Acceso a formación complementaria en cooperación, salud global, género o enfermedades tropicales ofrecida por organizaciones, másteres o cursos previos al despliegue
	Conceptos previos: etnocentrismo y humildad cultural	Aproximación teórica previa a estos conceptos, percibida como insuficiente para anticipar el choque cultural real experimentado en el terreno
2. Práctica profesional en contextos de escasez	Funciones combinadas: docencia, comunidad y asistencia	Combinación de la atención clínica con la formación del personal local y la educación para la salud comunitaria
	Autonomía profesional elevada	Independencia en la toma de decisiones clínicas y educativas, con criterios respetados por el equipo cooperante y el personal local
	Escasez, deterioro y mala distribución de recursos	Materiales limitados o en mal estado, coexistencia de tecnología donada infrautilizada por falta de formación, dificultades de transporte y registros clínicos poco fiables
3. Identidad profesional y saberes compartidos	Revalorización del rol de la matrona	Reconexión con la esencia de la profesión y percepción de mayor autonomía y reconocimiento en los contextos de cooperación en contraste con el modelo medicalizado percibido en España
	Aprendizaje bidireccional con parteras tradicionales	Intercambio horizontal de saberes: aportación de formación técnica reglada y recepción de conocimientos sobre fisiología, biomecánica y cuidados naturales
	Destecnificación y desarrollo del juicio clínico	Recuperación de habilidades clínicas basadas en la observación y la exploración directa ante la ausencia de tecnología diagnóstica
4. Retos éticos, emocionales y culturales	Crítica al "salvador blanco" y al voluntarismo	Rechazo a modelos paternalistas que priorizan la experiencia del cooperante sobre las necesidades reales de la comunidad y generan dependencias insostenibles
	Impacto emocional y situaciones críticas	Carga afectiva intensa por exposición a muerte materna evitable, violencia de género, atención a menores víctimas de abuso y dilemas en torno a la autonomía reproductiva
	Choque cultural e institucional	Dificultades derivadas de barreras culturales, lingüísticas y normativas y necesidad de adecuar los estándares occidentales al contexto local con un rol no impositivo

Tabla 3. Temas principales, códigos y síntesis interpretativa (continuación)

Tema	Código	Síntesis interpretativa
5. Impacto tras el retorno a España	Competencias transversales adquiridas	Desarrollo de empatía, capacidad de no juzgar, escucha activa, resiliencia, flexibilidad y humildad cultural
	Mejora en la atención a la diversidad	Mayor sensibilidad y competencia cultural en el acompañamiento a mujeres migrantes y a poblaciones culturalmente diversas en el sistema sanitario español
	Choque cultural inverso y necesidad de retorno planificado	Dificultades de readaptación tras la vuelta y necesidad de acompañamiento emocional y profesional planificado antes del despliegue
	Propuestas para la formación universitaria	Reivindicación de incorporación de contenidos de cooperación, salud global, interculturalidad y humildad cultural como contenidos transversales, con reservas frente a su institucionalización rígida
Nota: estructura temática emergida del análisis temático inductivo de Braun y Clarke. Cada tema agrupa varios códigos, cada uno acompañado de una síntesis interpretativa que condensa el contenido narrativo de las entrevistas		

Motivaciones y preparación previa

Las participantes describieron motivaciones de carácter personal y vocacional, vinculadas a una sensibilidad temprana hacia las desigualdades sociales y a un interés por conocer otras realidades sanitarias y culturales:

"Desde pequeña creo que estaban como muy presentes en mi vida las injusticias sociales y esa desigualdad que yo palpaba" (M4).

La cooperación internacional se identificó como un espacio en el que los conocimientos profesionales encuentran mayor aplicabilidad social y, a la vez, como una oportunidad de aprendizaje bilateral con profesionales y comunidades locales:

"Donde más satisfecha y feliz me encuentro ejerciendo es cuando estoy haciendo labores de cooperación internacional. Creo que es donde realmente los conocimientos y el esfuerzo tienen más aplicabilidad" (M3).

Varias participantes habían completado formación específica previa al despliegue (másteres en cooperación, formaciones impartidas por las organizaciones, módulos obligatorios), lo que les permitió aproximarse a conceptos como etnocentrismo [15] y humildad cultural [10].

Coincidieron, sin embargo, en señalar la distancia entre el conocimiento teórico y su comprensión en terreno:

"Sí los conocía, pero creo que mucha gente no. Una cosa es saberlo y otra cosa es verlo, ¿sabes?" (M3).

Práctica profesional en contextos de escasez

La práctica en terreno se caracterizó por una combinación de funciones formativas, comunitarias y asistenciales, con un peso destacado de la formación al personal local y a las parteras tradicionales, y de la educación para la salud:

"Docente, y en particular, yo me ocupé de hacer la primera formación en ecografía obstétrica para matronas porque tienen un ecógrafo, pero no saben usarlo" (M3).

Las participantes describieron una elevada autonomía profesional y un mayor reconocimiento social del rol de la matrona en muchos de los contextos de cooperación, en contraste con el modelo más medicalizado percibido en España:

"Allí las matronas son diosas, allí son las jefas de los centros de salud y hacen muchísimas cosas que hemos perdido aquí" (M1).

La escasez, el deterioro y la mala distribución de los recursos materiales fueron transversales a sus relatos, junto con la coexistencia de tecnología infrautilizada por falta de formación local:

"Un ecógrafo maravilloso donado, pero no saben usarlo, estaba cogiendo polvo" (M5).

"Las tiras de orina las cortaban por la mitad para que sirviera la tira para dos mujeres" (M2).

A las limitaciones materiales se sumaron dificultades organizativas, de transporte y de registro clínico, así como diferencias estructurales con el sistema sanitario español que exigieron una constante adaptación, improvisación y autogestión:

"No hay organización, no existe un sistema realmente bien organizado, todo es un poco caótico" (M3).

"No hay un registro sólido ni 100% fiable" (M3).

Identidad profesional y saberes compartidos

La experiencia cooperante facilitó una revalorización del rol de la matrona y una reconexión con la esencia de la profesión:

"Realmente allí vi que eran totalmente independientes, que no dependían de nada, que conocían el cuerpo de la mujer como nadie y hacían cosas que nosotros habíamos perdido aquí en España" (M1).

El intercambio bidireccional con parteras tradicionales emergió como uno de los aprendizajes más significativos. Las participantes aportaron formación técnica y reglada y, a su vez, reconocieron recibir conocimientos sobre fisiología, biomecánica y cuidados naturales:

"Ellas te decían a su manera cosas que tú has estudiado de forma científica. Fajaban con una sábana y se sentaban encima de la embarazada; no es más que una presión uterina" (M4).

"De biomecánica nos sacan veinte carreras" (M6).

La ausencia de tecnología diagnóstica propició el desarrollo del juicio clínico basado en la observación y la exploración directa, así como una mirada crítica respecto a la dependencia tecnológica en el contexto español:

"Aprendí a volver a mirar a los pacientes, no tanto las pruebas" (M2).

"Tienes que buscarte un séptimo sentido de adelantarte a los problemas y a la parte de diagnosticar; al final toca mucho más" (M5).

Retos éticos, emocionales y culturales

Las participantes formularon una crítica explícita a los modelos de ayuda paternalistas, identificados como "salvador blanco" o "vacaciones solidarias", y a las prácticas que priorizan la experiencia del cooperante sobre las necesidades de la comunidad:

"El típico salvador blanco que va y que cree que va a cambiar las cosas, y en realidad solo lo cambia una semana; genera una dependencia que no podemos suplir" (M2).

La carga emocional asociada a la vivencia en terreno fue elevada. Las matronas relataron episodios de muerte materna evitable, atención a menores víctimas de violencia sexual, traslados críticos en condiciones precarias y dile-

mas éticos vinculados a la limitación de recursos y a marcos legislativos distintos:

"Lo más difícil, la frustración: el trabajar en contextos tan vulnerables y con tantísima incertidumbre" (M7).

"Recuerdo un traslado de una embarazada en una burra; era una mujer con un parto estacionado, totalmente desmayada, atada con cuerdas. Y fue una mujer que murió, y eran 22 km" (M6).

"Me marcó la violación de una niña que tenía 14 años; a día de hoy todavía recuerdo su carita" (M4).

El choque cultural e institucional emergió en aspectos como la atención a víctimas de violencia con intérpretes masculinos, la necesidad de adecuar los estándares occidentales a la realidad local y la asunción de un rol no impositivo:

"Tu cultura no es la primordial; allí eres una invitada y como tal tienes que estar" (M2).

Impacto tras el retorno a España

Las participantes describieron el desarrollo de competencias transversales como la empatía, la capacidad de no juzgar, la escucha activa, la resiliencia y una mayor flexibilidad:

"Aprendí a realmente no juzgar" (M7).

"La escucha y la no imposición del criterio" (M4).

Estas competencias se tradujeron en una atención más sensible y culturalmente competente hacia las mujeres migrantes y la diversidad sociocultural presente en el sistema sanitario español:

"Cuando vienen mujeres aquí, yo no veo a esa mujer si no veo a las diez mujeres que conocí en Uganda, a las veinte que conocí en Benín; sé que atiendo diferente por mis experiencias, a nivel comunicativo y de respeto cultural, muchísimo" (M2).

El regreso estuvo marcado por un choque cultural inverso y por la necesidad de acompañamiento emocional y profesional. Las participantes subrayaron la importancia de planificar el retorno antes incluso de la salida:

"Hay una falta de identificación con tu cultura de origen; es un shock cultural inverso" (M7).

"Hay que planificar el retorno antes de irse" (M2).

Finalmente, propusieron incorporar contenidos sobre cooperación, salud global, interculturalidad y humildad cultural en los planes de formación de enfermería y matronería, preferentemente como contenidos transversales. Algunas participantes expresaron, no obstante, reservas frente a la

institucionalización rígida de la cooperación como asignatura obligatoria, dada la posibilidad de generar dinámicas contraproducentes en las comunidades de destino.

Discusión

Los hallazgos de este estudio muestran la cooperación internacional como una experiencia profesionalmente transformadora para las matronas españolas, con implicaciones que van más allá del ámbito asistencial y afectan a la identidad profesional, a la formación y a la atención a la diversidad en el sistema sanitario de origen.

Las motivaciones identificadas (componente vocacional, sensibilidad ante las desigualdades y búsqueda de aprendizaje bidireccional) son congruentes con los principios que sustentan la cooperación al desarrollo y con la concepción de la salud como derecho humano universal [5-7]. La preparación previa, aunque heterogénea, fue percibida como insuficiente para anticipar plenamente el choque cultural, lo que sugiere la necesidad de programas estructurados de capacitación previa al despliegue, no centrados únicamente en aspectos clínicos sino también en competencia y humildad cultural [10, 15].

La práctica profesional descrita en contextos de escasez muestra coincidencias con las experiencias documentadas en otros entornos de recursos limitados: alta autonomía, combinación de funciones asistenciales, formativas y comunitarias y necesidad de adaptación constante. La revalorización del rol de la matrona observada en estos contextos contrasta con la percepción de un modelo más medicalizado en España y refuerza la concepción profesional descrita por la ICM [16], según la cual las matronas formadas y reguladas pueden ofrecer la mayor parte de los cuidados esenciales que requieren las mujeres y los recién nacidos [2]. Estos hallazgos coinciden con las recomendaciones del informe SoWMy 2021 [3], que aboga por reforzar el papel autónomo y comunitario de la profesión como estrategia para reducir la morbilidad materna y neonatal.

El intercambio bidireccional con parteras tradicionales obliga a revisar críticamente el modelo unidireccional de transferencia de conocimientos en cooperación. La valoración explícita de saberes locales sobre fisiología, biomecánica y cuidados naturales del parto introduce una dimensión epistemológica relevante: la cooperación no consiste únicamente en aportar técnica desde los países del norte global, sino en establecer relaciones de intercambio horizontal con conocimientos preexistentes en las comunidades de destino.

Esta dimensión conecta con el origen comunitario de la matronería y con su raíz histórica como práctica de transmisión intergeneracional [16].

La crítica explícita al "salvador blanco" y al voluntarismo expresada por las participantes resulta especialmente relevante. Las propias matronas identifican como problemáticos los modelos de cooperación no contextualizados, particularmente cuando implican a personal en formación con baja autonomía profesional y estancias muy breves. Esta perspectiva refuerza la necesidad de modelos de cooperación basados en alianzas sostenibles, respeto institucional, planificación de la salida y continuidad de los proyectos, en línea con el marco normativo español de cooperación al desarrollo [7].

Los retos éticos, emocionales y culturales descritos (atención a víctimas de violencia sexual, muerte materna evitable, dilemas en torno a la autonomía reproductiva en contextos legislativos restrictivos) revelan la elevada exigencia emocional de la práctica cooperante y la pertinencia de incorporar acompañamiento psicológico antes, durante y después del despliegue. El choque cultural inverso descrito por las matronas en el retorno coincide con la literatura clásica sobre cooperación internacional y debería integrarse en los programas de preparación.

Especialmente relevante para la práctica clínica en España es el impacto descrito en la atención a mujeres migrantes. Las participantes refieren una mayor capacidad de contextualizar las prácticas, creencias y vulnerabilidades de las usuarias y un cambio profundo en la manera de comunicar y acompañar. Este hallazgo refuerza el valor formativo de la experiencia cooperante para el desarrollo de la competencia y la humildad cultural [9], competencias cada vez más necesarias en sistemas sanitarios marcados por la diversidad. Las propuestas de las participantes en torno a la incorporación de la salud global y la interculturalidad en la formación universitaria coinciden con el llamamiento del informe SoWMy 2021 [3] a reforzar la formación de matronas y con las metas del ODS 3 y el ODS 5 [5].

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones inherentes al diseño cualitativo. El tamaño muestral, aunque coherente con la profundidad analítica perseguida, no permite la generalización estadística de los resultados. El muestreo intencional y la técnica de bola de nieve pueden haber introducido un sesgo de selección hacia matronas especialmente implicadas con la cooperación internacional, lo que limita la representatividad de perspectivas más críticas o desencantadas. La modalidad telemática de las entrevistas, si bien amplió la diversidad geográfica de la muestra, pudo influir en la profundidad del *rapport*. Asimismo, el carácter retrospectivo de los relatos introduce un posible sesgo de memoria. Finalmente, la ausencia de participantes de género masculino, pese a los intentos de incorporarlos, restringe el análisis de posibles diferencias vinculadas al género profesional.

Fortalezas

Las fortalezas del estudio incluyen la originalidad del trabajo de campo, la diversidad de contextos de cooperación representados (países de África y América Latina), el uso de entrevistas semiestructuradas que permitieron explorar en profundidad las vivencias, la aplicación rigurosa de los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependibilidad y confirmabilidad [14], y la triangulación investigadora. Hasta donde se ha podido comprobar, no hay estudios cualitativos previos centrados específicamente en las experiencias de matronas españolas en cooperación internacional, lo que sitúa esta investigación como una primera aproximación sistemática a un ámbito poco documentado.

Futuras líneas de investigación

Convendría ampliar la muestra incluyendo profesionales masculinos, realizar estudios comparativos con matronas de otros países europeos y profundizar en dimensiones poco abordadas en este estudio, como los protocolos de seguridad y gestión de riesgos en terreno, los modelos de estancia compatibles con la conciliación familiar, las estrategias de salida y continuidad de los proyectos, y la evaluación de programas formativos previos al despliegue.

También sería de interés explorar los efectos longitudinales de la experiencia cooperante en la trayectoria profesional y vital de las matronas, así como complementar las entrevistas individuales con grupos focales que permitan contrastar experiencias entre informantes.

Conclusiones

- Las matronas españolas que han participado en proyectos de cooperación internacional describen una experiencia transformadora con impacto significativo en su identidad profesional, su práctica clínica y su capacidad para atender a poblaciones culturalmente diversas.
- Las motivaciones que orientan la participación son fundamentalmente personales y vocacionales, ligadas a una sensibilidad temprana hacia las desigualdades y a la búsqueda de una práctica con mayor aplicabilidad social.
- La práctica en terreno se desarrolla en contextos de escasez de recursos y elevada autonomía, en los que las matronas combinan funciones asistenciales, formativas y comunitarias, y en los que el intercambio con parteras tradicionales adquiere un valor formativo bidireccional. Las vivencias incluyen retos éticos, emocionales y culturales que exigen preparación previa, acompañamiento durante el despliegue y apoyo en el retorno.
- Tras la vuelta a España, las matronas describen el desarrollo de competencias transversales (empatía, escucha activa, humildad cultural, capacidad de no juzgar) que

mejoran la atención a mujeres migrantes y a la diversidad sociocultural en el sistema sanitario español.

- Los hallazgos respaldan la incorporación de contenidos sobre salud global, cooperación, interculturalidad y humildad cultural en la formación de enfermería y matronería, y subrayan el valor de los testimonios profesionales como parte del patrimonio inmaterial de la matronería vinculado a la cooperación internacional.

Agradecimientos

Las personas autoras agradecen a las matronas participantes su disponibilidad, generosidad y disposición para compartir sus experiencias profesionales, así como a las organizaciones Sunu Gaal y a la Asociación Galega de Matronas por facilitar el contacto inicial con las informantes. Este manuscrito deriva de un trabajo académico previo.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Todas las participantes recibieron información detallada sobre el estudio y firmaron el consentimiento informado por escrito antes de la entrevista.

La participación fue voluntaria, gratuita y susceptible de retirada en cualquier momento sin necesidad de justificación. Los datos se trataron de manera estrictamente confidencial: las participantes se anonimizaron mediante códigos alfanuméricos (M1-M7), y las grabaciones y transcripciones se custodiaron en dispositivos protegidos con acceso restringido al equipo investigador. En la herramienta NotebookLM, empleada únicamente como apoyo a la organización del material, no se introdujo en ningún momento información que permitiera identificar a las participantes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Confederación Internacional de Matronas (ICM). Definición de partería. Filosofía de práctica, modelo de cuidado.) Inter-

- national Midwives [internet] 2025 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://internationalmidwives.org/es/resources/definicion-de-parteria/>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Partería y salud materna [internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/maternal-new-born-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/midwifery/maternalhealth>
- [3] United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. The State of the World's Midwifery 2021 [internet]. Nueva York: UNFPA; 2021 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sowmy>
- [4] International Confederation of Midwives (ICM). Midwifery Accelerator [internet]. La Haya: ICM; 2023 [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: https://internationalmidwives.org/resources/midwifery_accelerator/
- [5] Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible [internet]. Nueva York: ONU; 2015. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- [6] Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 25. [internet]. París: ONU; 1948 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.un.org/es/udhrbook/>
- [7] Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 1/2023, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global. Boletín Oficial del Estado, núm. 44, de 21 de febrero de 2023.
- [8] Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). ¿Quiénes somos? AECID [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.aecid.es/aecid-quiénes-somos>
- [9] Silva Teodosio A, Almeida Filho AJ, Peres MAA. Historia oral y la investigación documental como itinerario de investigación en enfermería. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2016; 20(3):e20160087. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160087>
- [10] California Health Advocates. Humildad cultural: qué es y por qué es importante [internet]. Sacramento (CA): California Health Advocates; 2024 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://cahealthadvocates.org/cultural-humility-what-is-it-why-it-matters/>
- [11] De Souza Minayo MC, Costa AP. Investigación cualitativa en enfermería y su contribución a la práctica. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://revistas.usp.br/rlae/es/article/view/1764>
- [12] Tavakol M, Sandars J. Twelve tips for using phenomenology as a qualitative research approach in health professions education. Med Teach. [internet] 2025 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/49555381/>
- [13] Clarke V, Braun V. Thematic analysis. J Posit Psychol. 2017; 12(3):297-8. doi: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- [14] Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. 2011; 29(3):500-14.
- [15] Cruz Pérez MA, Ortiz Erazo MD, Yantalema Morocho F, Orozco Barreno PC. Relativismo cultural, etnocentrismo e interculturalidad en la educación y la sociedad en general. Academo. 2018; 5(2):e10. doi: <https://doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.10>
- [16] International Confederation of Midwives (ICM). History [internet]. La Haya: ICM [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.internationalmidwives.org/about-us/history.html>

El consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica: estudio cualitativo desde la perspectiva de las matronas

Elena Fernández García

Matrona. C. S. Benavente (Zamora, España). Máster en Bioética y Bioderecho.

E-mail: elenafdezgarcia@hotmail.es

Fecha de recepción: 23 de junio de 2026.

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2026.

Cómo citar este artículo:

Fernández García E. El consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica: estudio cualitativo desde la perspectiva de las matronas. *Matronas Hoy* 2026; 14(2):16-25.

Resumen

Introducción: análisis de la relación entre el consentimiento informado (CI) y la prevención de la violencia obstétrica (VO), situando a la matrona como figura garante de la autonomía y dignidad de la mujer. Se parte de la premisa de que el CI no es solo un trámite administrativo, sino un proceso comunicativo esencial para evitar prácticas deshumanizadas o intervenciones innecesarias.

Objetivo: explorar cómo las matronas aplican el consentimiento informado en su práctica profesional y comprender su papel en la prevención de la violencia obstétrica durante la atención perinatal.

Metodología: se empleó un diseño cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a matronas con un mínimo de 15 años de experiencia clínica en España. El análisis de los datos se efectuó mediante un enfoque inductivo del discurso apoyado por el software NVivo.

Resultados: se identificó una brecha entre el marco legal del CI y su implementación real, a menudo reducida a una firma por presión asistencial, falta de tiempo o paternalismo médico. Las participantes asocian directamente la falta de información con la percepción de violencia por parte de la mujer. Además, surgen conflictos interprofesionales derivados de jerarquías rígidas que limitan la autonomía de la matrona.

Conclusiones: el consentimiento informado es una herramienta primordial para prevenir la violencia obstétrica, pero requiere un cambio cultural y organizativo. Es necesario reforzar la formación en ética y comunicación, así como promover modelos de atención horizontales que devuelvan el protagonismo a la mujer.

Palabras clave: consentimiento informado; violencia obstétrica; enfermería obstétrico-ginecológica; matronas; bioética; investigación cualitativa; autonomía personal; atención perinatal; relaciones interprofesionales.

Abstract

Informed consent and prevention of obstetric violence: a qualitative study from the perspective of midwives

Introduction: an analysis of the association between Informed Consent (IC) and prevention of Obstetric Violence (OV), placing the midwife in a guarantor role for female autonomy and dignity. The basal premise is that the IC is not just an administrative procedure, but an essential communication process to prevent dehumanized practices or unnecessary interventions.

Objective: to explore the way in which midwives apply the Informed Consent in their professional practice, and to understand their role in the prevention of obstetric violence during perinatal care.

Methodology: a qualitative descriptive design was used, with phenomenological approach. Twelve (12) semi-structured interviews were conducted with midwives with at least 15 years of clinical experience in Spain. Data analysis was conducted through inductive approach to discourse supported by the NVivo software.

Results: a gap was detected between the legal framework of IC and its real implementation, often reduced to a signature due to workload pressure, lack of time, or medical paternalism. Participants state there was a direct association between lack of information and the perception of violence by women. Besides, there are interprofessional conflicts arising from strict hierarchies that limit the autonomy of the midwife.

Conclusions: the Informed Consent is an essential tool in order to prevent obstetric violence, but a cultural and organizational change is required. It is necessary to reinforce training on ethics and communication, as well as to promote horizontal models of care that give their central role back to women.

Key words: informed consent; obstetric violence; obstetric-gynaecological nursing; midwives; bioethics; qualitative research; personal autonomy; perinatal care; interprofessional relationships.

Nota: este artículo es parte de un amplio trabajo académico que como corresponde incluye su marco contextual, amplia explicación metodológica, implicaciones para la práctica, permisos y consideraciones éticas, etc. Sin embargo, por razones de limitación de la edición, ha sido reducido para dar cabida a todas las inferencias sobre las explicaciones de las entrevistadas ya que estas, por su extensión, tampoco ha sido posible plasmarlas en el artículo. No obstante, para quien esté interesado en el trabajo completo pueden solicitarlo a la autora.

Introducción

La atención obstétrica constituye uno de los ámbitos más importantes dentro del sistema sanitario, en tanto que en ella confluyen aspectos clínicos, emocionales, jurídicos y éticos que afectan directamente a la dignidad, la autonomía y el bienestar de las mujeres embarazadas (Organización Mundial de la Salud, -OMS-) [1]. El consentimiento informado (CI) es una herramienta fundamental para garantizar el respeto a la autonomía de la paciente y, al mismo tiempo, es un elemento clave en la prevención de prácticas que puedan ser consideradas como violencia obstétrica (VO) [2].

En España, este fenómeno ha comenzado a adquirir visibilidad en los últimos años, tanto desde la perspectiva bioética como desde el enfoque jurídico en la práctica profesional de las matronas [3].

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece el CI como la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud [4].

Desde el punto de vista bioético, el CI se encuentra estrechamente vinculado con el principio de autonomía, que junto a los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia, conforman los pilares fundamentales de la bioética contemporánea [5].

La autonomía es la capacidad de la persona para decidir sobre su cuerpo y su salud, una vez recibida la información adecuada y sin presiones. En el contexto del parto, este principio es especialmente importante, ya que la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad, donde las decisiones médicas afectan tanto a su salud física, como a su bienestar emocional y su experiencia vital [6].

En numerosas ocasiones, la OMS [7] ha advertido seriamente sobre la necesidad de erradicar las prácticas irrespetuosas y abusivas durante la atención del parto, insistiendo en la implementación de políticas y protocolos que asegu-

ren el CI, la participación activa de la mujer y el respeto a su dignidad.

En España, el Ministerio de Sanidad ha impulsado guías y estrategias para la humanización del parto y la promoción del parto respetado, aunque su implementación sigue enfrentando dificultades en la actualidad (Ministerio de Sanidad, 2007, 2010, 2022) [8, 9].

El término violencia obstétrica

El término *violencia obstétrica* (VO) hace referencia a la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, que se expresa a través de un trato deshumanizado, la medicalización excesiva y la pérdida de autonomía de la paciente [10]. No obstante, en el ordenamiento jurídico español no existe una tipificación penal específica de la VO; sin embargo, organismos internacionales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer han instado al Estado español a adoptar medidas concretas para prevenir y sancionar este tipo de prácticas [11].

Desde el bioderecho, el análisis de la violencia obstétrica obliga a considerar la tensión entre el deber de asistencia sanitaria y el respeto al CI. El artículo 10 de la Ley General de Sanidad [12] reconoce el derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (mientras que el artículo 4 de la Ley 41/2002 [4] refuerza el derecho a recibir información comprensible y veraz). Cuando estos principios no se respetan, se produce una vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución española, (art. 15) particularmente el derecho a la integridad física y moral [13].

El papel de la matrona resulta determinante en este contexto. Primero, como profesional de referencia en el acompañamiento del embarazo, parto y puerperio, donde la matrona actúa como garante del respeto a la autonomía de la mujer, facilitando la comunicación y asegurando que las decisiones clínicas se tomen de manera informada y voluntaria. La ética del cuidado, inherente a la profesión, encuentra aquí su máxima expresión, integrando los principios bioéticos con las obligaciones jurídicas derivadas del ejercicio profesional [14].

Objetivos

Objetivo general

- Explorar la manera en que las matronas aplican y perciben el consentimiento informado en su práctica profesional en su entorno y comprender cómo este proceso puede contribuir a prevenir situaciones relacionadas con la violencia obstétrica durante la atención perinatal.

Objetivos específicos

- Narrar cómo se lleva a cabo el proceso de información y solicitud de consentimiento desde la visión profesional de las matronas a las mujeres durante la atención perinatal.
- Explorar el grado de percepción de las matronas del CI desde el punto de vista ético y legal en la práctica clínica.
- Identificar los factores asistenciales, organizativos y relacionales que pueden facilitar o dificultar la correcta aplicación del CI en la práctica clínica.
- Analizar la percepción de las matronas acerca de la relación existente entre la falta o inadecuada aplicación del CI y la aparición de prácticas que puedan interpretarse como VO por parte del equipo multidisciplinar.
- Profundizar en las vivencias profesionales, emocionales y en los posibles dilemas éticos que pueden surgir en este contexto asistencial.

Metodología

Diseño cualitativo de carácter descriptivo, con enfoque fenomenológico, para comprender y describir cómo las matronas experimentan y perciben la aplicación del CI en su práctica profesional, así como su relación con la prevención de posibles situaciones de VO durante la atención en el embarazo, parto y posparto.

Estudio basado en la realización de entrevistas semiestructuradas (presenciales y por videoconferencia), con el objetivo de explorar y describir las experiencias y percepciones de las matronas en relación con la aplicación del CI durante su práctica.

Criterios de inclusión

- Ser especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Haber desarrollado actividad clínica en el sector público o privado, considerándose especialmente relevante la experiencia en ambos contextos, por permitir el contraste entre distintos modelos organizativos, culturas institucionales y marcos de responsabilidad jurídica.
- Acreditación de una experiencia profesional mínima de 15 años en el ámbito asistencial obstétrico, con el objetivo de garantizar una trayectoria clínica consolidada y relevante. Este periodo permite incluir profesionales cuya experiencia se ha desarrollado tras la implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en España en 2007, impulsada por el Ministerio de Sanidad dentro del marco del Sistema Nacional de Salud y en coordinación con las comunidades autónomas ase-

gurando que los participantes hayan trabajado bajo los protocolos actuales de atención obstétrica.

- Profesionales que trabajan en distintos centros y comunidades autónomas.

Criterios de exclusión

- Profesionales que desempeñen funciones exclusivamente administrativas, docentes o gestoras sin práctica clínica directa y reciente en el ámbito obstétrico.
- Profesionales con experiencia menor de 15 años.

Técnica de recogida de datos

Las entrevistas se realizaron tras obtener el consentimiento previo de las participantes y fueron grabadas en formato de audio para asegurar la fidelidad de los datos. Cada entrevista se estructuró en torno a cinco preguntas abiertas, diseñadas para explorar en profundidad las experiencias y percepciones de las matronas sobre la aplicación del consentimiento informado y la prevención de la violencia obstétrica. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas de manera literal para permitir un análisis detallado.

Guion de la entrevista

- Desde tu experiencia profesional, ¿cómo describirías la forma en que se informa a las mujeres y se solicita su consentimiento durante la atención al embarazo, parto y posparto?
- ¿Qué elementos consideras que facilitan o dificultan que sea un consentimiento realmente libre e informado?
- ¿Has vivido o presenciado situaciones en las que el consentimiento informado no se haya respetado plenamente?
- ¿Cómo se desarrollaron, qué consecuencias tuvieron para la mujer y el equipo profesional, y cómo te sentiste tú ante esa situación?
- ¿Qué dificultades encuentras en tu práctica diaria para garantizar un consentimiento informado real y efectivo? (Por ejemplo: tiempo, protocolos, jerarquía profesional, urgencias, carga asistencial, etc.).
- ¿Alguna de estas situaciones te ha generado conflicto ético? ¿Cómo lo gestionaste?
- Desde tu punto de vista, ¿cómo se relaciona la falta de consentimiento informado con la aparición de situaciones que podrían considerarse violencia obstétrica?
- ¿Has identificado momentos en los que esta relación se haga especialmente evidente?
- ¿Qué papel crees que puede desempeñar la matrona en la prevención de la violencia obstétrica a través

del respeto y la promoción del consentimiento informado?

- ¿Cómo influyen estas experiencias en tu bienestar profesional y en tu manera de ejercer la práctica clínica?

Para el análisis de los datos se adoptó un enfoque inductivo basado en el análisis del discurso, sin establecer previamente categorías fijas. De esta manera, los temas y las categorías relevantes fueron surgiendo progresivamente a partir de los propios relatos de las matronas. El proceso de análisis incluyó una codificación abierta, orientada a identificar unidades de significado pertinentes en relación con los objetivos del estudio.

Tras una lectura exhaustiva y reiterada de las transcripciones se identificaron y codificaron los fragmentos significativos de cada entrevista. Los códigos obtenidos se agruparon posteriormente en categorías emergentes, que se organizaron en ejes temáticos o categorías superiores, facilitando la interpretación y descripción de las experiencias y percepciones de las participantes.

Este enfoque inductivo permitió que el análisis se construyera a partir de los relatos y las vivencias de las matronas, evitando imponer marcos teóricos o interpretaciones previas. De este modo, los resultados reflejan de manera fiel la experiencia profesional de las participantes en relación con la aplicación del CI y la prevención de situaciones de VO durante la atención perinatal.

La muestra fue de 12 matronas, con una edad media de 50,4 años (rango 36-78 años), lo que refleja una participación heterogénea en términos de trayectoria vital y profesional. Predominó claramente el sexo femenino (91,7%; n= 11), frente a una presencia minoritaria de hombres (8,3%; n= 1), en línea con la feminización histórica de esta profesión. En cuanto a la experiencia laboral, las participantes presentaban una media de 23 años de ejercicio, lo que indica un perfil con amplia experiencia acumulada. De variada procedencia geográfica y ámbito, niveles y sectores laborales (hospital 60% (n= 7); comarcal 20% (n= 2), Nivel II 40% (n= 5), Nivel III / Alta complejidad 40% (n= 5); Atención Primaria 40% (n= 5); sector público/concertado público 100% (n= 12), privado exclusivamente 0% (n= 0), público y privado 40% (n= 5).

Análisis de datos

La información recogida se analizó siguiendo un enfoque cualitativo, con el objetivo de identificar las experiencias y percepciones de las matronas sobre la aplicación del CI y la prevención de la VO: se revisaron todas las grabaciones en audio de las entrevistas para familiarizarse con el contenido y los matices del discurso.

Posteriormente, se realizaron transcripciones literales de cada entrevista, incorporando no solo lo verbal, sino también indicios de comunicación no verbal y detalles contextuales que aportan información relevante sobre la experiencia de las participantes. Con las transcripciones completas, se llevó a cabo una primera organización de los datos, seleccionando fragmentos que resultaban significativos para los objetivos del estudio.

A partir de estos fragmentos, se generaron categorías de análisis, codificando cada unidad de significado con un identificador único. Estas categorías no fueron establecidas previamente, sino que surgieron de manera inductiva a partir de las respuestas de las matronas, de modo que reflejaran fielmente sus experiencias y vivencias profesionales.

Para facilitar la gestión y organización de los datos, se empleó la herramienta informática NVivo, que permitió clasificar los códigos, relacionar categorías y detectar patrones o temas recurrentes a lo largo de las entrevistas. Este proceso permitió construir un análisis estructurado y coherente, manteniendo la riqueza y diversidad de los relatos de las participantes.

Resultados y discusión de la investigación cualitativa

Si bien los resultados y la discusión se desarrollaron de forma paralela respondiendo a las características propias de este tipo de investigación, en este artículo solo se presentan, por limitación de espacio, la discusión sobre la información obtenida de las 12 participantes.

A partir del examen exhaustivo de las entrevistas se identificaron un total de 382 referencias. Estas unidades de información fueron codificadas y recodificadas mediante un proceso iterativo y continuo, lo que permitió finalmente establecer cinco categorías principales (consentimiento informado, violencia obstétrica, ética profesional, experiencias en la falta de consentimiento informado y conflicto interprofesional), y 37 subcategorías que se describen a continuación.

Análisis del discurso

1. Consentimiento informado (CI):

Esta categoría es el eje principal del estudio y se centra en cómo se entiende y se aplica el CI en la atención obstétrica. Hace referencia al proceso por el cual las mujeres reciben información clara y suficiente para poder tomar decisiones sobre su propio cuidado durante el embarazo, el parto y el posparto. Además, recoge las implicaciones éticas, legales y socioculturales que están presentes en este

proceso, todo ello desde la perspectiva de las matronas. El CI se considera un aspecto clave en la prevención de la VO, ya que está directamente relacionado con el respeto a la autonomía y a los derechos de las mujeres [15, 16].

Las participantes ponen de manifiesto una notable variabilidad en la forma en que se proporciona el CI, observándose diferencias en función del centro sanitario, del profesional implicado y de las condiciones asistenciales existentes. En numerosos casos, este proceso es percibido como insuficiente, incompleto o condicionado por factores estructurales que limitan su correcta aplicación, en línea con lo descrito en la literatura sobre implementación del CI o en la práctica clínica [17].

Subcategoría 1: comunicación

Se destaca la importancia de la comunicación como elemento central del CI, especialmente en relación con la capacidad de comprensión de la mujer y la complejidad de la información transmitida, tal como señalan los modelos de toma de decisiones compartida [18].

- Claridad de la información: el uso de lenguaje técnico aparece como una barrera relevante que dificulta la comprensión de la información por parte de las mujeres, fenómeno descrito en estudios sobre alfabetización en salud [19].
- Calidad del lenguaje que reciben: las participantes reconocen una evolución positiva en la calidad de la información en los últimos años, en consonancia con las estrategias de humanización de la atención al parto [8, 9].
- Buenas prácticas basadas en evidencia: algunas profesionales refieren contextos donde la información se proporciona de forma adecuada y con suficiente antelación, alineado con las recomendaciones de organismos internacionales [20].
- Barreras sociales y desinformación: las participantes identifican la desinformación procedente de internet y redes sociales como un obstáculo importante, fenómeno creciente en el ámbito de la salud digital [21].

Subcategoría 2: falta de tiempo

La falta de tiempo y la presión asistencial condicionan la calidad del CI, especialmente en situaciones de urgencia, como ya han señalado diversos estudios [17]:

- **Circunstancias CI:** las limitaciones de recursos y las condiciones organizativas influyen directamente en la calidad y aplicación del CI [17].

Las dinámicas jerárquicas entre profesionales pueden dificultar la comunicación con la mujer, afectando su autonomía [17, 18].

Subcategoría 3: asumir inapropiadamente dar información de otros

Las matronas aparecen como figuras clave en el proceso informativo, asumiendo en ocasiones funciones que otros profesionales no desarrollan.

Subcategoría 4: paternalismo médico

Se identifica un componente estructural y cultural basado en el paternalismo médico que limita el CI. Este hallazgo coincide con la literatura que vincula el paternalismo con la limitación de la autonomía y la aparición de prácticas de VO [23].

Subcategoría 5 y 6: empoderamiento y pseudoempoderamiento

Las participantes señalan tanto la falta de empoderamiento de las mujeres como situaciones de "pseudoempoderamiento", donde la autonomía de la mujer no va acompañada de información suficiente.

Subcategoría 7: género e igualdad

Se identifican desigualdades de género que afectan al proceso del CI.

Subcategoría 8: barreras culturales y lingüísticas

Las diferencias culturales y lingüísticas condicionan la toma de decisiones, afectando a la autonomía de las mujeres, como recogen informes internacionales [20].

Subcategoría 9: medicina defensiva

En los comentarios se identifica la influencia de la medicina defensiva en la práctica clínica, lo que puede desvirtuar el objetivo del CI como refiere Beauchamp [22].

Subcategoría 10: falta de autocrítica profesional

Las participantes señalan una escasa autocrítica en algunos profesionales, fundamentalmente médicos.

Subcategoría 11: desigualdad en la información

Se evidencian diferencias en la calidad de la información según el contexto asistencial [9].

Subcategoría 12: asunción inapropiada del consentimiento informado

Se identifican prácticas donde el consentimiento se asume de forma implícita.

2. Violencia obstétrica (VO): consecuencias, presencia en su vida laboral y significado para las Matronas

Los resultados de esta categoría permiten comprender cómo las profesionales perciben la VO en su práctica clíni-

ca, destacando tanto la influencia de la información y el consentimiento como las dinámicas organizativas y profesionales. A continuación, se discuten los hallazgos obtenidos según cada subcategoría.

Subcategoría 1: mal informadas

La falta de información y el CI aparece como uno de los factores centrales asociados a la VO. Las participantes reportan situaciones en hospitalización y parto donde la información es insuficiente o mal comunicada.

El comportamiento de las matronas influye de manera directa en la vivencia de las mujeres, tanto de manera negativa, cómo positiva.

Subcategoría 2: retirar la palabra violencia obstétrica

Algunas profesionales cuestionan el término VO.

Subcategoría 3: violencia obstétrica no existe en su centro de trabajo

En estas citas se refleja una visión que minimiza la existencia de la VO considerándola un fenómeno puntual más que generalizado.

Subcategoría 4: causas subjetivas

Preocupación por el uso de criterios clínicos poco claros o ambiguos en la toma de decisiones obstétricas, especialmente cuando pueden derivar en intervenciones importantes como la inducción del parto.

Subcategoría 5: informar

Una participante destaca el papel clave de la matrona en la prevención de la VO a través de proporcionar información transparente a la usuaria.

Subcategoría 6: decencia profesional que atiende

Su experiencia en la sanidad privada y las prácticas allí realizadas con las que estaba en desacuerdo, le generaban conflicto ético como Matrona.

Subcategoría 7: alto riesgo embarazos

En los embarazos de alto riesgo la experiencia de VO puede ser diferente.

Subcategoría 8: arrastrar a otros profesionales

Se recoge un testimonio que compara la atención en primaria y hospitalaria en relación con la VO que, en su opinión la cree más posible en el hospital que en AP.

Subcategoría 9: conocimiento de las mujeres

Se subraya el papel de la matrona en la prevención de la VO y la importancia de la educación en Atención Primaria.

3. Ética profesional

La ética profesional en matronería implica garantizar la autonomía de la matrona, respetar la toma de decisiones de la mujer y ofrecer acompañamiento integral durante el embarazo, parto y posparto. Los testimonios recogidos reflejan la complejidad de ejercer la profesión en contextos de alta presión asistencial y con interferencias de otros profesionales.

Subcategoría 1: autonomía de la matrona

Un testimonio destaca cómo la autonomía profesional de la matrona es crucial no solo para la correcta transmisión de información, sino también para garantizar que la mujer ejerza su derecho a decisiones informadas. La evidencia reciente indica que la autonomía profesional está directamente relacionada con la seguridad y la satisfacción de las pacientes [24].

Aquí se evidencia que la autonomía permite adaptar la comunicación según las necesidades de cada mujer, reforzando la práctica ética y centrada en la paciente.

Subcategoría 2: rol acompañar

Se observa que la matrona asume un papel de mediadora entre la paciente y otros profesionales, reforzando la ética de acompañamiento y garantizando la comprensión del consentimiento.

La literatura científica [25] describe cómo el acompañamiento emocional no solo beneficia a la mujer, sino que también implica una carga ética y emocional para la matrona, evidenciando la importancia de espacios de soporte profesional.

Se recoge también un testimonio que subraya que la matrona debe garantizar que la decisión final sea de la mujer, respetando su autonomía y reforzando la ética centrada en la paciente en línea con Gamble et al. [26]. También se manifiesta la función protectora de la matrona, quien garantiza que la mujer entienda los procedimientos, cumpliendo un rol ético de mediación entre la usuaria-médico.

Subcategoría 3: sentimiento

Destaca un testimonio reflejo de la carga emocional que las interferencias profesionales generan, subrayando la relación entre ética profesional y bienestar laboral. Acorde con Bohren et al. [27] refiere cómo la falta de respeto al CI impacta emocionalmente tanto a la mujer como a la profesional, reforzando la importancia de la ética en la práctica clínica.

Hay comentarios que manifiestan que la ética profesional también se relaciona con la interacción interprofesional y

el cumplimiento de protocolos clínicos. En esa situación entran en tensión varios principios y deberes profesionales fundamentales.

En primer lugar, hay un conflicto entre el respeto a la autonomía de la mujer y la presión asistencial. La matrona debe garantizar que la paciente tome decisiones libres e informadas, pero en un contexto de urgencia o presión médica puede verse empujada a influir en la decisión de la mujer, incluso de forma involuntaria [28].

En segundo lugar, aparece la tensión entre los principios de beneficencia y no maleficencia. La intención de la matrona puede ser proteger a la mujer de una intervención innecesaria (como un fórceps), pero la forma de comunicarlo puede generar miedo o angustia, causando un daño emocional no deseado.

Además, se produce un conflicto de rol profesional y jerarquía. La matrona puede discrepar de la actuación del ginecólogo, pero se encuentra en una posición subordinada que limita su capacidad de actuación, lo que genera dilemas sobre si intervenir, hasta qué punto hacerlo y cómo hacerlo [29].

También influye el problema del CI. En contextos de urgencia o presión asistencial, como se describe en la literatura científica [30], la información puede no comunicarse de forma adecuada, lo que afecta a la validez del CI y genera dilemas éticos para la matrona.

Por último, este tipo de situaciones puede generar malestar moral, ya que la matrona percibe que no está actuando conforme a sus valores profesionales, lo que provoca sentimientos de culpa, frustración o impotencia [31].

En conjunto, el conflicto ético surge porque la matrona intenta equilibrar la protección de la mujer, el respeto a su autonomía, las decisiones médicas y las limitaciones del contexto asistencial, sin poder satisfacer plenamente todos estos elementos al mismo tiempo.

4. Experiencias en la falta de consentimiento informado

La falta de CI constituye un desafío ético central en la práctica obstétrica. Las experiencias recogidas muestran cómo la presión institucional, la formación insuficiente de los residentes y la comunicación incompleta generan situaciones de vulnerabilidad para la mujer y conflictos éticos para las matronas.

Subapartado 1: coacción

Esto evidencia cómo la autonomía de la mujer puede ser comprometida por la presión profesional, generando dilemas éticos. Estudios recientes señalan que este tipo de coacción puede considerarse una forma de violencia obstétrica [27].

Se observa aquí la tensión entre la percepción positiva de las pacientes y la ética profesional, una situación que muchas matronas enfrentan diariamente.

Estos relatos muestran que el consentimiento muchas veces se convierte en un trámite legal, perdiendo su función ética de garantizar decisiones informadas [24].

Estos testimonios muestran que la coacción y la información sesgada constituyen barreras importantes para un CI auténtico y seguro.

Subapartado 2: residentes

Se observa que la falta de formación en comunicación ética puede afectar directamente la calidad del CI, lo que coincide con estudios recientes sobre mejorar y humanizar la educación en obstetricia [26].

Subapartado 3: falta de información

La falta de información completa genera vulnerabilidad y aumenta el riesgo de intervenciones innecesarias, reforzando la necesidad de comunicación ética y transparente [24].

Subapartado 4: juicio

El riesgo de responsabilidad legal y la continua posibilidad de ser sometidos a evaluación judicial actúan como una presión latente que condiciona el ejercicio profesional sanitario [27].

Los relatos evidencian cómo la presión legal influye en la práctica ética, generando cambios duraderos en la forma de priorizar el CI [28].

Subapartado 5: escuchar

La escucha activa y la reflexión ética son fundamentales para identificar y corregir violaciones del CI, tal como sugieren estudios recientes sobre ética en obstetricia [27].

Subapartado 6: daños

Este testimonio confirma que la omisión del CI puede generar daños graves, tanto físicos como emocionales, y subraya la importancia de protocolos claros y formación ética.

Subapartado 7: cíclico

La fluctuación histórica en las prácticas de CI muestra que el respeto a la autonomía de la mujer depende de la actualización científica, la formación profesional y la ética clínica [24].

5. Conflicto interprofesional

El conflicto interprofesional en el ámbito obstétrico constituye un elemento clave que influye tanto en la calidad

asistencial como en la experiencia de las mujeres durante el proceso reproductivo. Las dinámicas de trabajo en equipo, las relaciones jerárquicas y la formación de los profesionales determinan, en gran medida, la coherencia en la atención y el respeto al CI. A continuación, se analizan estos aspectos a partir de los discursos recogidos.

Subapartado 1: multidisciplinar

En contextos de alto riesgo, el trabajo conjunto entre profesionales resulta esencial. Sin embargo, esta colaboración no siempre se traduce en una práctica coordinada.

En contraste, en entornos con menor intervención se observa una dinámica más favorable. La literatura reciente indica que la colaboración efectiva entre profesionales mejora la calidad asistencial y la experiencia de las pacientes, especialmente cuando existe coherencia en la comunicación [32]. Además, los modelos menos intervencionistas favorecen relaciones más horizontales y una mayor confianza en el sistema sanitario [24].

Subapartado 2: jerarquía

La jerarquía profesional aparece como un elemento central en los conflictos interprofesionales derivados de la jerarquía profesional, mala comunicación y consecuentemente falta de continuidad asistencial.

Las estructuras jerárquicas rígidas se asocian con dificultades en la comunicación interprofesional y en la toma de decisiones [33]. Además, la inconsistencia en la información proporcionada a las pacientes puede afectar negativamente a su confianza y percepción de respeto [34].

Subapartado 3: formación continuada

La necesidad de formación continuada se identifica como un aspecto clave para mejorar la práctica asistencial.

La formación interprofesional contribuye a mejorar la coordinación entre profesionales y a promover una atención centrada en la paciente. Así mismo, la capacitación en CI y prácticas respetuosas se relaciona con una reducción de intervenciones innecesarias y una mejora en la experiencia de las mujeres [35].

Conclusiones

- El CI, en la práctica clínica real en obstetricia, continúa reduciéndose a un trámite formal centrado en la firma de documentos, lo que desvirtúa su sentido como proceso de comunicación, información y participación activa de la mujer en la toma de decisiones.
- Las principales barreras para su adecuada aplicación son de carácter estructural y organizativo, destacando la

presión asistencial, la falta de tiempo, las dificultades en la coordinación entre profesionales y la persistencia de modelos jerárquicos que condicionan la práctica clínica.

- Asimismo, se mantiene cierto componente de paternalismo médico que limita la autonomía de las mujeres, y en el que las decisiones profesionales pueden prevalecer sobre sus preferencias, generando además conflictos éticos y malestar emocional en las matronas.
- La aplicación insuficiente o inadecuada del consentimiento informado se asocia de forma directa con la aparición de prácticas percibidas como VO especialmente en contextos donde hay omisión de información, ausencia de alternativas o presión en la toma de decisiones.
- Las matronas entrevistadas han demostrado en las entrevistas un adecuado grado de percepción y conocimiento sobre el CI desde el punto de vista ético y legal en la práctica clínica.
- En este contexto, las matronas desempeñan un papel fundamental en la defensa de la autonomía, la información y la humanización de la atención, aunque su capacidad de actuación se ve condicionada por factores organizativos, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar su formación, su reconocimiento profesional y el desarrollo de modelos asistenciales más centrados en la mujer.
- Este trabajo subraya la necesidad de seguir investigando e incorporar también la perspectiva de las mujeres, de modo que el análisis pueda abarcar la interacción entre profesionales y usuarias, contribuyendo a un conocimiento más completo del fenómeno y a la elaboración de recomendaciones prácticas.
- La presente investigación aporta un marco conceptual y práctico que puede orientar mejoras en la atención obstétrica, promoviendo la humanización, la ética profesional y la prevención de la VO a través del respeto efectivo al CI.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] World Health Organization (WHO)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). Intrapartum care for a positive childbirth

- experience [internet]. Geneva: WHO; 2023. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications>
- [2] Puthussery S, Bayih WA, Brown H, Aborigo RA. (2023). Promoting a global culture of respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2023; 23:798. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06118-y>
- [3] Goberna-Tricas J, Boladeras M. La violencia obstétrica en España. *Revista de Bioética y Derecho* 2023; 58:5-20.
- [4] Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [internet] núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- [5] Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 8ª ed. Universidad Pontificia de Comillas; 2019.
- [6] Serpetini E, Sarantaki A, Tzamaría S, Vlachou M, Diamanti A. Exploring maternal autonomy, respect, and satisfaction during childbirth: Insights from home birth experiences. *Cureus* 2025; 17(8):e91150. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.91150>
- [7] World Health Organization (WHO). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth in health facilities [internet]. Geneva: WHO; 2014.
- [8] Ministerio de Sanidad. 2007. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
- [9] Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA. N° 2009/01. [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPrac-ClinPartoCompleta.pdf>
- [10] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Violencia obstétrica: una forma de violencia de género contra las mujeres. OPS 2016.
- [11] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Observaciones finales sobre el informe periódico de España. Naciones Unidas [internet]. 2020 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cedaw>
- [12] Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley General de Sanidad. BOE [internet] núm. 102, de 29 de abril de 1986. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- [13] Boletín Oficial del Estado (BOE). Constitución Española. BOE [internet] núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- [14] Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM). Código deontológico de la enfermería española [internet]. Madrid: CODEM; 2029. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- [15] Rodríguez Mira J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*. 2020; 35:3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- [16] Morla González M. Medicina personalizada de precisión y derechos fundamentales. Madrid: Tirant Lo Blanch; 2024.
- [17] Sanz Cortes M, Chmait RH, Lapa DA, Belfort MA, Carreras E, Miller JL, et al. Experience of 300 cases of prenatal fetoscopic open spina bifida repair: Report of the International Fetoscopic Neural Tube Defect Repair Consortium. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2021; 225(6):678.e1-678.e11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.05.044>
- [18] Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making. *BMJ* 2020; 359:j4891. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- [19] Nutbeam D. Health literacy. *Health Promotion International* 2021; 36(3).
- [20] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [internet]. Geneva: WHO; 2022. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240045989>
- [21] Cinelli M, Quattrocioni W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoli E, Schmidt AL et al. The COVID-19 social media infodemic. *Scientific Reports* 2020; 10:16598. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73510-5>
- [22] Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2021.
- [23] Pérez D'Gregorio, R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2010; 111(3):201-2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- [24] Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thorndarson D, et al. The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric

- testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLOS ONE*, 2017; 12(2):e0171804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804>
- [25] Qian J, Wu G, Jevitt C, Sun S, Wang M, Sun X, Chen Y, Zhou X. Psychological pathway to emotional exhaustion among nurses and midwives who provide perinatal bereavement care: A path analysis. *BMC Psychiatry* 2024; 24:90. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05534-4>
- [26] Gamble J, Creedy D, Moyle W. Midwives' perspectives on maternal autonomy. *Nursing Ethics*, 2019; 26(5):1401-14.
- [27] Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293(21):2609-17. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2609>
- [28] Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine* 2019; 16(6):e1002847. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002847>
- [29] Kituuka O, Munabi IG, Mwaka ES, Galukande M, Harris M. Informed consent process for emergency surgery: A scoping review of stakeholders' perspectives, challenges, ethical concepts, and policies. *SAGE Open Medicine*, 2023; 11:20503121231176666. doi: <https://doi.org/10.1177/20503121231176666>
- [30] Hunter B, Warren L. Workplace culture in maternity services. *Midwifery* 2021; 98:102994.
- [31] Wilbourne M, Hand F, McAllister S, Print-Lyons L, Bhatia M. Reviewing past and present consent practices in unplanned obstetric interventions: an eye towards the future. *J Med Ethics*. 2025; 51(5):2024-109997. doi: <https://doi.org/10.1136/jme-2024-109997>
- [32] Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE* 2021; 16(4):e0249706. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249706>
- [33] Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021; (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- [34] Cantor AG, Jungbauer RM, Skelly AC, Hart EL, Jorda K, Davis-O'Reilly C, et al. Respectful Maternity Care : A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2024; 177(1):50-64. doi: <https://doi.org/10.7326/M23-2676>.
- [35] Khosla R, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren MA, Mathai M. Respectful maternity care and informed consent: Evidence and global perspectives. *BMJ Global Health* 2021; 6(6):e005862. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005862>



Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enferteca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.



¹ Carolina Pérez-Pérez
² Michel Carrasco-Díaz
² Javiera Fuentes-Troncoso
² Nitza Letelier-Menares
² Pamela Vilches-Arellano
² Daniela Oñate-Muñoz
² Damary Lagos-Saavedra

Terapia de reemplazo hormonal y no hormonal: evaluación del bienestar afectivo y sexual en mujeres

¹ Doctora en Educación. Licenciada en Obstetricia (Matrona). Magíster en Educación mención Gestión de Centros Educativos. Magíster en Intervención Psicológica del Desarrollo y Educación. Académica Asistente en la Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Providencia, Santiago (Chile).

² Licenciada en Obstetricia (Matrona). Carrera de Obstetricia. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Providencia, Santiago (Chile).
 E-mail: carolina.perez@uss.cl

Fecha de recepción: 25 de abril de 2025.

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2026.

Cómo citar este artículo:

Pérez-Pérez C, Carrasco-Díaz M, Fuentes-Troncoso J, Letelier-Menares N, Vilches-Arellano P, Oñate-Muñoz D, et al. Terapia de reemplazo hormonal y no hormonal: evaluación del bienestar afectivo y sexual en mujeres. *Matronas Hoy* 2026; 14(2):27-35.

Resumen

Introducción: las alteraciones hormonales afectan el bienestar sexual y afectivo en mujeres durante el periodo del climaterio, debido a la disminución de estrógenos, dando paso a síntomas vasomotores y urogenitales que pueden afectar significativamente la calidad de vida, es por esto por lo que, se considera el uso de terapia de reemplazo hormonal y no hormonal como alternativas para aliviar estos síntomas.

Objetivo: evaluar la efectividad de la terapia de reemplazo hormonal y no hormonal en la mejora de los síntomas vasomotores, urogenitales y su relación con el bienestar afectivo y sexual en mujeres de entre 40-75 años.

Material y método: revisión de tipo bibliográfica, en la cual se realizó una búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus y SciELO con los siguientes términos de búsqueda Decs: *hormone replacement therapy, estrogen replacement therapy, personal satisfaction, women's health, sexual dysfunction, physiological, postmenopause, aged*.

Discusión: se evalúa que la terapia de reemplazo hormonal es una opción eficaz para tratar los efectos del climaterio en mujeres, aliviando síntomas vasomotores, urogenitales y problemas psicosociales, mejorando el bienestar afectivo y sexual. Sin embargo, persisten las barreras asociadas a su acceso y uso, como lo son la falta de información proporcionada por los profesionales de salud y la tendencia de muchas mujeres a normalizar estos síntomas, quienes no lo asocian a una condición de salud.

Conclusiones: se destaca la eficacia del uso de terapia de reemplazo hormonal y se propone como una excelente alternativa para tratar los síntomas vasomotores y urogenitales asociados al estado climatérico, así mismo se demuestra también que las terapias no hormonales contrarrestan los variados cambios biológicos y psicológicos de esta etapa. Entre las terapias no hormonales más usadas están los vibradores y lubricantes tópicos, mejorando significativamente el bienestar afectivo y sexual de las mujeres; sin embargo, los estudios son limitados debido a que su uso a nivel poblacional es bajo, esto se debe al desconocimiento de las usuarias y por la falta de prescripción de estos tratamientos por los proveedores de salud.

Palabras clave: afectividad; menopausia; sexualidad; terapia de reemplazo hormonal; terapia no hormonal.

Abstract

Hormonal and non-hormonal replacement therapy: an evaluation of affective and sexual wellbeing in women

Introduction: hormonal alterations have an impact on the sexual and affective wellbeing of women during the climacteric period, due to the reduction in estrogen levels, which gives way to vasomotor and urogenital symptoms which might have a significant effect on their quality of life. This is why the use of hormonal and non-hormonal replacement therapies are considered as options to alleviate these symptoms.

Objective: to evaluate the effectiveness of hormonal and non-hormonal replacement therapy upon the improvement in vasomotor and urogenital symptoms, and its association with the affective and sexual wellbeing in 40-to-75-year old women.

Materials and Methods: a bibliographic review, involving a search for articles in the following data bases: PubMed, Scopus and SciELO, with the following DeCS search terms: *hormone replacement therapy, estrogen replacement therapy, personal satisfaction, women's health, sexual dysfunction, physiological, postmenopause, aged*.

Discussion: an evaluation of hormonal replacement therapy as an effective option to treat climacteric effects in women, alleviating vasomotor and urogenital symptoms and psychosocial problems, and improving affective and sexual wellbeing. However, there are still barriers associated with their access and use, such as lack of information provided by health professionals, and the tendency by many women to normalize these symptoms, not associating them with a health condition.

Conclusions: the efficacy of hormonal replacement therapy stands out, and it is suggested as an excellent option for treating vasomotor and urogenital symptoms associated with the climacteric period; likewise, it is also demonstrated that non-hormonal therapies counteract the varied biological and psychological changes in this stage. Some of the non-hormonal therapies more frequently used are vibrators and topical lubricants, which improve significantly the affective and sexual wellbeing of women; however, there are limited studies about this, because of their low use among the population, due to the lack of awareness by users, and the lack of prescription of these treatments by health providers.

Key words: affectivity; menopause; sexuality; hormonal replacement therapy; non-hormonal therapy.

Introducción

La esperanza de vida ha aumentado significativamente, lo que ha llevado a un enfoque en las patologías asociadas al envejecimiento, un proceso biológico que resulta de daños moleculares y celulares acumulativos. Este envejecimiento provoca un descenso en las capacidades físicas y mentales, así como un aumento en el riesgo de enfermedades [1]. Sin embargo, este proceso no solo implica cambios biológicos, también está asociado a transiciones vitales importantes, como la jubilación y el fallecimiento de seres queridos, que pueden impactar el bienestar emocional de las mujeres [2].

Las mujeres, que generalmente viven más que los hombres, experimentan cambios significativos en su organismo con la edad. Entre estos cambios se encuentran diez marcadores biológicos clave que reflejan el envejecimiento y afectan la salud y calidad de vida. Entre estos, la masa muscular y la fuerza son particularmente vulnerables; su pérdida, conocida como sarcopenia, representa un factor de riesgo para la salud general [3].

Además de los cambios físicos, el envejecimiento afecta dimensiones psicológicas como la afectividad, que abarca emociones y estados de ánimo. Esta afectividad puede ser tanto positiva como negativa e influye directamente en la calidad de vida [4]. Asimismo, la sexualidad se convierte en un aspecto central en la vida humana, englobando diversas dimensiones que se expresan a lo largo del ciclo vital [5].

A nivel hormonal, la menopausia, que inicia alrededor de los 45 años, está asociada con una disminución del bienestar sexual en las mujeres. Esto se manifiesta en disfunciones sexuales como la inhibición del deseo, problemas de lubricación y dificultades para alcanzar el orgasmo [6, 7]. La disfunción relacionada con la lubricación se origina principalmente en la disminución de los estrógenos debido a la reducción de la reserva ovárica de ovocitos. Cada mujer nace con un número limitado de células germinales y, a medida que envejece, se agotan los folículos responsables de producir estrógenos [8, 9]. La pérdida de folículos conlleva a niveles bajos de estrógenos, lo que afecta diversas funciones en el organismo. El estrógeno desempeña roles cruciales en el sistema nervioso central, tejido óseo y vaginal. Su ausencia provoca sequedad vaginal, un síntoma que puede ser tratado con terapia de reemplazo hormonal [10,11]. Por lo tanto, es fundamental abordar las disfunciones sexuales desde una perspectiva integral que considere tanto los factores hormonales como los psicológicos y relacionales.

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) es un tratamiento utilizado para contrarrestar la disminución de hormonas estrogénicas y gestágenos durante la menopausia, pos-

menopausia y, en algunos casos, perimenopausia, cuando los síntomas vasomotores son más intensos [12]. Este tratamiento puede administrarse a través de diversas vías: píldoras combinadas, parches, anillos o cremas vaginales; estas últimas son especialmente recomendadas para tratar la sequedad vaginal [13]. La elección del tipo de TRH depende de factores como la edad, los hábitos de vida y las condiciones de salud.

La TRH ayuda a aliviar síntomas como sofocos y sequedad vaginal además de prevenir la pérdida ósea. Sin embargo, también conlleva riesgos que deben ser considerados, incluyendo un aumento en el riesgo de coágulos sanguíneos y ciertos tipos de cáncer [13]. Por lo tanto, es esencial que cada mujer reciba una evaluación individualizada para determinar la terapia más adecuada a sus necesidades específicas.

La falta de lubricación durante la menopausia afecta negativamente el bienestar afectivo y emocional de las mujeres. Esto provoca relaciones sexuales dolorosas y disminuye el placer sexual [14].

Aunque la terapia de reemplazo hormonal es una opción para muchas mujeres, no todas pueden utilizarla. Esto ha llevado al desarrollo de alternativas no hormonales que incluyen cambios en el estilo de vida (como una dieta equilibrada y ejercicio regular) que se relacionan con el éxito del tratamiento [15]. También se consideran terapias sexológicas para aliviar la atrofia vaginal [16].

Esta revisión bibliográfica plantea la pregunta sobre ¿cómo se relacionan la terapia de reemplazo hormonal y las terapias no hormonales con el bienestar afectivo y sexual de mujeres entre 40 y 75 años en diversas regiones entre 2014 y 2024?

Objetivo

Para realizar la siguiente revisión se planteó como objetivo general evaluar la efectividad de la terapia de reemplazo hormonal y no hormonal en la mejora de los síntomas vasomotores, urogenitales y su relación con el bienestar afectivo y sexual en las mujeres de entre 40-75 años.

Una vez planteado el objetivo general, se determinaron tres objetivos específicos con el fin de poder organizar la discusión y las conclusiones.

Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia de la terapia de reemplazo hormonal en la disminución de los síntomas asociados al síndrome vasomotor.
- Establecer cómo el síndrome urogenital influye en el bienestar sexual de las mujeres.

- Identificar las terapias no hormonales utilizadas por las mujeres para mejorar las funciones afectivas y sexuales.

Material y método

Esta investigación se efectuó a través de una revisión bibliográfica que incluyó palabras claves y descriptores derivados y relacionados con el título "Terapia de reemplazo hormonal y no hormonal: evaluación del bienestar afectivo y sexual en mujeres". Esto llevó hacia la búsqueda de artículos científicos coherentes con la pregunta de investigación y los consiguientes objetivos sobre una muestra de mujeres de entre 40-75 años de América, Asia, Oceanía y Europa en el abanico de tiempo 2014-2024.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO. Las palabras clave surgieron de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS); en inglés: *Hormone replacement therapy, Estrogen Replacement Therapy, Personal Satisfaction, women's health, Sexual Dysfunction, Physiological, Postmenopause, y Elderly*; en español: *Terapia de Reemplazo de Hormonas, Terapia de Reemplazo de Estrógeno, Satisfacción Personal, Salud de la Mujer, Disfunción Sexual Fisiológica, Posmenopausia y Anciano*.

Los operadores booleanos utilizados fueron *AND* y *OR*, además del modificador de búsqueda (" "), con los que se generaron las siguientes secuencias de búsqueda: a) en inglés, "*Hormone replacement therapy*" *OR* "*Estrogen Replacement Therapy*" *AND* "*Personal Satisfaction*" *OR* "*women's health*" *AND* "*Sexual Dysfunction, Physiological*" *AND* *Postmenopause AND Elderly*; b) en español, "*Terapia de Reemplazo de Hormonas*" *OR* "*Terapia de Reemplazo de Estrógeno*" *AND* "*Satisfacción Personal*" *OR* "*Salud de la Mujer*" *AND* "*Disfunción Sexual Fisiológica*" *AND* *Posmenopausia AND Anciano*. Sin embargo, dado el algoritmo de búsqueda empleado por la base de datos Scielo, la secuencia se modificó para acceder a los artículos del segmento hispanohablante y de esta manera representarlos en esta revisión bibliográfica, quedando de la siguiente manera: "*Hormone replacement therapy*" *OR* "*Terapia de reemplazo de hormonas*" *OR* "*Estrogen Replacement Therapy*" *OR* "*Terapia de reemplazo de estrógenos*" *AND* "*disfunción sexual*" *AND* "*mujeres*".

Para acotar la búsqueda y generar resultados más específicos, se utilizaron tres filtros importantes, de esta forma se descartó material no útil para la investigación.

Tiempo: publicaciones entre los años 2014 y 2024.

Idioma: español e inglés.

Tipo: artículos originales.

Los resultados obtenidos se limitaron a artículos originales que aportan a la investigación información relevante, de las cuales se utilizaron criterios de inclusión presentados a continuación.

Los criterios de inclusión fueron artículos científicos que:

- Contengan solo terapias de reemplazo hormonal mediante estrógenos o progesterona.
- Contengan terapias no hormonales.
- Involucren terapias utilizadas para tratamiento de síndrome urogenital.
- Se enfocan en mujeres mayores de 40 y menores de 75 años.

Los criterios de exclusión fueron artículos científicos que:

- No estén dentro de los años seleccionados (2014-2024).
- No están en idiomas inglés y español.
- No sean artículos originales.

El proceso de selección se puede observar en la Figura 1.

Discusión y conclusiones

A continuación, se presenta el análisis de los resultados más relevantes derivados de la revisión de los 11 artículos seleccionados, con relación a los objetivos específicos planteados, el detalle se puede revisar en Tabla 1.

Resultados y conclusiones

En esta revisión se han identificado hallazgos clave en la literatura relacionados con el objetivo de evaluar la eficacia de TRH en la disminución de los síntomas asociados al síndrome vasomotor. Los síntomas vasomotores son molestias comunes en mujeres en etapa climática, y son más severos entre los 50 y 55 años. Aunque su intensidad tiende a disminuir con el tiempo, estos síntomas están estrechamente vinculados a un deterioro del bienestar sexual y afectivo, lo que impacta negativamente en la calidad de vida.

Es importante mencionar que, aunque estos síntomas persisten en mujeres de 60 a 65 años, su severidad aumenta en aquellas con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29,9 kg/m² y en fumadoras, mientras que su prevalencia se reduce en mujeres con niveles educativos más altos [17]. A medida que las mujeres avanzan hacia la posmenopausia, se suman otras condiciones de salud asociadas al envejecimiento, como síntomas neurológicos, endocrinos y psicológicos. En este contexto, las disfunciones sexuales a menudo surgen como respuesta a situaciones de incomodidad o dolor [18].

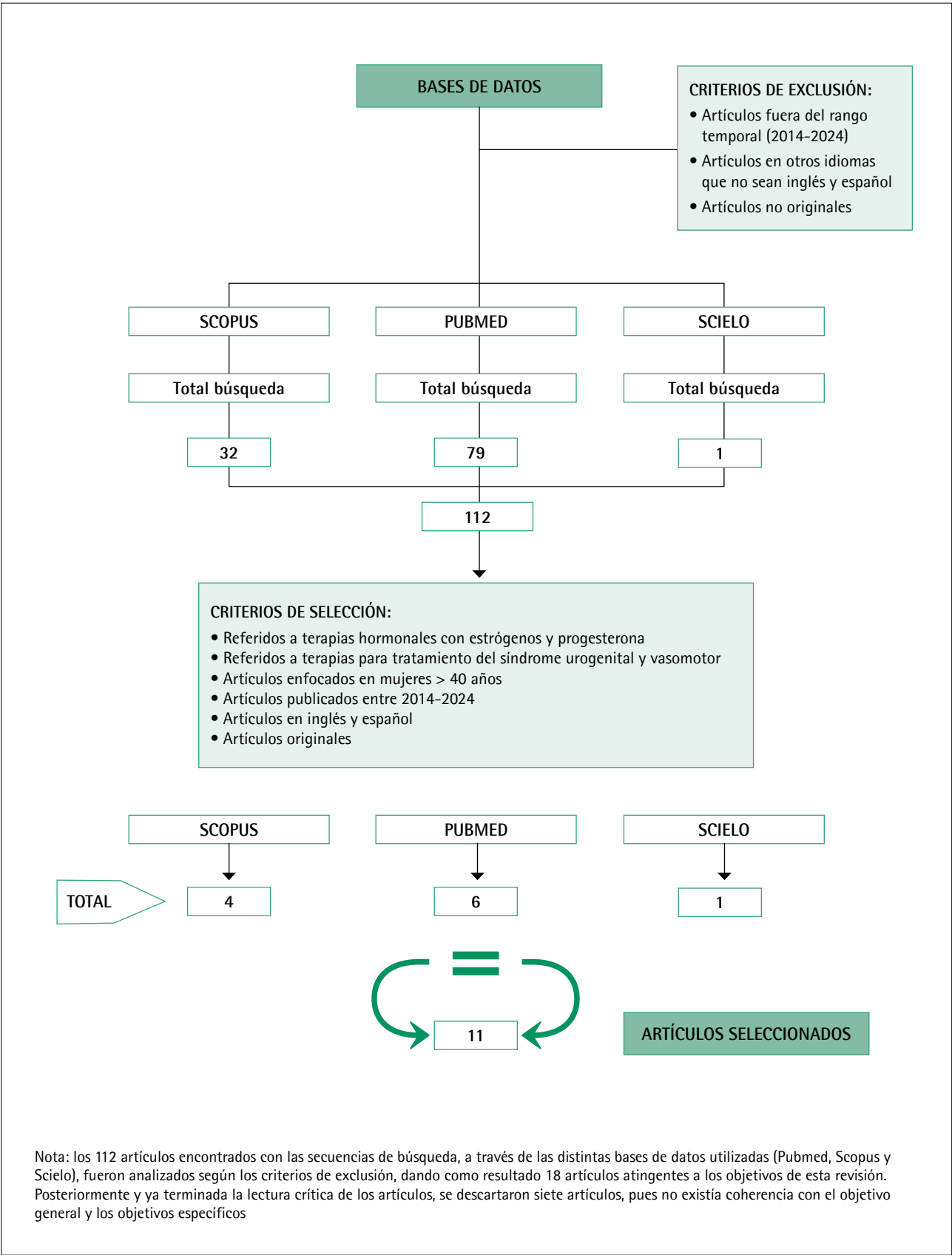


Figura 1. Diagrama de búsqueda bibliográfica

Tabla 1. Resumen de resultados de búsqueda				
Tipo de buscador	Título	Año	País	Contenido
PUBMED	<i>The Role of Vibrators in Women's Pelvic Health: An Alluring Tool to Improve Physical, Sexual, and Mental Health</i>	2024	USA	Las TRH, así como las terapias no hormonales, por ejemplo los vibradores, pueden aliviar problemas del síndrome urogenital, como la dispareunia, y la disminución del deseo sexual durante y después de la menopausia. Estas terapias mejoran la salud sexual, el bienestar afectivo y la calidad de vida al estimular el flujo sanguíneo y tonificar el suelo pélvico, contribuyendo así a la salud mental y a la rehabilitación genitourinaria
PUBMED	<i>Sexual dysfunction in Chinese women at different reproductive stages and the positive effect of hormone replacement therapy in the early postmenopause</i>	2021	China	Evalúa la eficacia de la TRH en la reducción de síntomas vasomotores y analiza cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual. Aunque también menciona terapias no hormonales, se centra en los beneficios de la TRH para mujeres en posmenopausia, proporcionando evidencia sobre su impacto positivo en la salud sexual y emocional
PUBMED	<i>Feelings of unattractiveness in peri- and postmenopausal women are associated with depressed mood, poor memory and unsatisfactory sexual relationships</i>	2017	Tokio	Aborda cómo la percepción de falta de atractivo afecta el bienestar sexual de las mujeres durante la peri- y posmenopausia. Se centra en los efectos psicológicos y emocionales asociados a estos cambios, pero no ofrece evidencia directa sobre tratamientos específicos para mitigar estos impactos en la salud sexual y emocional de las mujeres
PUBMED	<i>Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for women aged 60 to 65 years</i>	2015	Australia	Evalúa la eficacia de la TRH en la reducción de síntomas vasomotores y cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual, centrándose en mujeres de 60 a 65 años. Proporciona evidencia sobre el impacto positivo de la TRH en la salud sexual y emocional, y menciona brevemente alternativas no hormonales para aquellas que no pueden o desean usar hormonas
PUBMED	<i>The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): impact on sexual function of vulvovaginal atrophy of menopause</i>	2020	Italia España	Aborda cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual de las mujeres durante la menopausia, centrándose en los efectos negativos de la atrofia vulvovaginal en la función sexual y el bienestar emocional. Proporciona información valiosa sobre cómo abordar estos problemas, destacando su relevancia en el contexto del bienestar afectivo femenino
PUBMED	<i>Evaluation of sexuality in a Paraguayan mid-aged female urban population using the six-item Female Sexual Function Index</i>	2016	Paraguay	Examina cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual de las mujeres, centrándose en la prevalencia e impacto de las disfunciones sexuales en mujeres paraguayas de mediana edad. Esta información es crucial para comprender mejor las necesidades y opciones de tratamiento disponibles para este grupo demográfico, contribuyendo a una atención más adecuada y personalizada

Tabla 1. Resumen de resultados de búsqueda (continuación)

Tipo de buscador	Título	Año	País	Contenido
SCOPUS	<i>Cross-sectional study on the impact of age, menopause and quality of life on female sexual function</i>	2022	España	Establece cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual de las mujeres durante y después de la menopausia. Se centra en el impacto negativo de la menopausia en la función sexual y la calidad de vida, destacando la importancia de abordar estos problemas para mejorar la salud sexual y emocional de las mujeres en esta etapa
SCOPUS	<i>Female sexuality and vaginal health across the menopausal age</i>	2020	Italia	Señala que la sequedad vaginal es el principal problema reportado por mujeres menopáusicas, lo que afecta negativamente en su sexualidad. Las mujeres que usaron hormonas sistémicas obtuvieron mejores resultados en comparación con aquellas que utilizaron medicación local. Este problema está relacionado con el hiperestrogenismo, que comúnmente se asocia a la perimenopausia y sus efectos en la salud sexual
SCOPUS	<i>Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women</i>	2016	Brasil	Establece que la función sexual en la posmenopausia está influida por síntomas multifactoriales, con una alta prevalencia de disfunción sexual que aumenta con la edad. Se observan disminuciones en el interés sexual, lubricación vaginal y estrógenos, relacionados con factores biológicos y biopsicosociales. La TRH se considera una alternativa para mitigar estas disfunciones, destacando la importancia del síndrome urogenital en el bienestar sexual y emocional de las mujeres posmenopáusicas
SCOPUS	<i>Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: A focus group qualitative study</i>	2014	USA	Analiza cómo el síndrome urogenital afecta el bienestar sexual de las mujeres posmenopáusicas, enfocándose en sus percepciones sobre la atrofia vaginal y sus tratamientos. Muchas mujeres no reconocen esta condición como tratable debido a la vergüenza. Se identifican diferentes tipos de personalidad y se evalúa cómo estas influyen en la búsqueda de tratamiento, resaltando la importancia de abordar sus necesidades
SCIELO	Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función sexual de mujeres con menopausia natural o quirúrgica	2014	Venezuela	Evalúa la eficacia de la TRH en la reducción de síntomas vasomotores y su impacto en el bienestar sexual de mujeres en posmenopausia. Proporciona evidencia sobre los beneficios de la TRH para mejorar la función sexual, destacando su importancia como intervención terapéutica. Aunque menciona brevemente alternativas no hormonales, se centra en cómo la TRH puede mejorar el bienestar afectivo y sexual en mujeres de 40 a 75 años

Nota: el análisis resalta la necesidad de un enfoque integral y personalizado para tratar los síntomas de la menopausia, mejorando el bienestar de las mujeres

La TRH ha demostrado ser eficaz tanto en la reducción de estos síntomas vasomotores como en la mejora de la función sexual en mujeres posmenopáusicas. Al restablecer los

niveles de estrógenos, no solo se alivian los sofocos y la sudoración nocturna, sino que también se incrementan el deseo sexual, la lubricación y la satisfacción sexual. Esto

sugiere que la TRH no solo alivia molestias físicas, sino que también mejora múltiples dimensiones de la calidad de vida, incluyendo el bienestar afectivo y sexual [19].

Un autor destaca la importancia de iniciar tratamientos con TRH en todas las usuarias que sean compatibles, ya que puede revertir los síntomas asociados al síndrome climatérico que afectan la sexualidad. Se ha observado que entre el 85% y el 98% de las usuarias experimenta una reducción significativa en las manifestaciones vasomotoras, mejorando también trastornos psicológicos y previniendo desórdenes relacionados con la atrofia urogenital. Esto contribuye a mejorar todas las etapas de la respuesta sexual femenina y a evitar disfunciones sexuales [20].

Sin embargo, existen barreras para el uso de TRH. Muchas mujeres normalizan sus síntomas y no los asocian con una condición tratable. Además, hay una falta de iniciativa por parte de algunos proveedores de salud para informar sobre esta alternativa o para ofrecerla como tratamiento [17, 18, 21]. A pesar de ser considerada el estándar de oro para mejorar la calidad de vida de las mujeres (incluyendo bienestar afectivo y sexual, satisfacción sexual y manejo del síndrome urogenital) muchas mujeres siguen sufriendo debido a la falta de acceso a este tratamiento.

En cuanto al objetivo dos, que busca establecer cómo el síndrome urogenital influye en el bienestar sexual femenino, se observa que el envejecimiento conlleva una disminución en las hormonas sexuales y da lugar al síndrome urogenital. Este síndrome está caracterizado por la atrofia vulvovaginal y tiene un impacto directo en la satisfacción y bienestar sexual; específicamente, la falta de lubricación vaginal puede resultar en dispareunia y deseo hipoactivo. Además, factores como la depresión y la disminución cognitiva contribuyen a una insatisfacción sexual general.

Este ciclo vicioso intensifica los sentimientos negativos hacia su propia imagen corporal y bienestar emocional [23]. El síndrome urogenital afecta todas las áreas de la sexualidad femenina (desde el deseo hasta la satisfacción), confirmando así su influencia adversa sobre el bienestar sexual [22]. Las principales disfunciones sexuales incluyen deseo hipoactivo, baja satisfacción sexual y dolor durante las relaciones sexuales debido a cambios anatómicos asociados al síndrome urogenital.

Para evaluar el impacto del síndrome urogenital en la calidad de vida sexual, se utilizó la Encuesta Europea sobre Epidemiología Vulvovaginal (EVES), que identificó sequedad vaginal, dispareunia y atrofia vulvovaginal (AVV) como los síntomas más comunes. Estos síntomas son más graves en mujeres no sexualmente activas e impactan significativamente su calidad de vida. Además, hay una fuerte correlación entre AVV y problemas comunicativos entre pacientes y médicos, lo cual genera altos niveles de angustia debido a la falta de tratamiento para estas afecciones [26].

Una encuesta aplicada a mujeres en perimenopausia para diagnosticar disfunciones sexuales (FSFI) reveló que puntajes bajos están relacionados con una peor calidad de vida. Esta prevalencia se mantiene independientemente del nivel socioeconómico [27], corroborando lo propuesto por otros estudios.

Respecto al objetivo tres (identificar terapias no hormonales utilizadas por mujeres para mejorar funciones afectivas y sexuales), se han encontrado diversas alternativas efectivas. El uso de vibradores ha demostrado mejorar no solo la salud sexual sino también aspectos genitourinarios y mentales al aumentar el flujo sanguíneo genital, lo cual favorece la lubricación vaginal. Los estudios indican que el uso regular de vibradores mejora significativamente el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual [24].

Además, se recomienda considerar terapias no hormonales con eficacia probada como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que prolongan los efectos del neurotransmisor serotonina; o gabapentina, que actúa sobre receptores GABA para disminuir síntomas vasomotores. A pesar de su eficacia comprobada, su uso sigue siendo bajo debido a que muchas veces se minimiza la menopausia como un problema serio que requiere atención adecuada [17].

Los tratamientos locales como lubricantes o humectantes vaginales pueden ser beneficiosos para mujeres premenopáusicas y menopáusicas; sin embargo, estos abordan problemas localizados sin demostrar un impacto significativo sobre sintomatología mayor ni sobre funciones sexuales o afectivas globales [22]. En contraste con esto, algunos autores sugieren que la terapia estrogénica local (LET) es efectiva ya que evita el metabolismo sistémico del estrógeno mediante administración no oral.

Es crucial adaptar los tratamientos según las características individuales, como ocupación o nivel educativo, para asegurar que cada mujer reciba información comprensible sobre sus opciones terapéuticas adecuadas. Muchas mujeres aún desconocen que los síntomas menopáusicos son tratables; esta percepción errónea puede ser influenciada por proveedores que minimizan estos problemas como parte normal del envejecimiento.

En conclusión, esta revisión bibliográfica ha destacado la eficacia de la TRH como una alternativa valiosa para tratar los síntomas asociados al climaterio, que incluyen molestias urogenitales, disfunciones sexuales, malestares vasomotores, atrofia vulvovaginal y problemas de autopercepción y autoestima. A través de un análisis exhaustivo de los artículos seleccionados, se concluye que la TRH es una opción limitada para muchas mujeres con condiciones preexistentes.

Diversos factores influyen en la elegibilidad para la TRH, como la edad, los hábitos de vida, las morbilidades personales y familiares, las patologías ginecológicas, la oncología hormono-dependiente, el estado de ánimo y el deseo sexual. Sin embargo, hay alternativas para aquellas que no pueden o no desean utilizar la TRH. Es importante señalar que la comprensión del alcance de esta terapia se ve obstaculizada por su baja indicación y el escaso interés en investigar sobre mujeres mayores.

Entre las terapias no hormonales o naturales se han identificado opciones eficaces para aliviar algunos síntomas. Las terapias sexológicas con estimulación física, como el uso de vibradores, son importantes para mejorar la atrofia vulvovaginal. Además, los inhibidores de la recaptación de serotonina y ciertos anticonvulsivantes han demostrado ser efectivos para los síntomas vasomotores y psicológicos. Los tratamientos locales con lubricantes y humectantes tópicos también contribuyen significativamente al bienestar afectivo y sexual.

Todos los autores coinciden en la necesidad de mejorar la atención a los problemas asociados al envejecimiento, ya que la expectativa de vida de las mujeres sigue aumentando. Esto implica un mayor reconocimiento y tratamiento de los problemas relacionados con el hipoposterogenismo. La literatura revela diversas perspectivas sobre la evolución del campo de la salud sexual; por ello, es crucial continuar investigando y abordando estas incógnitas para aplicar el conocimiento de manera personalizada.

La relación entre la terapia de reemplazo hormonal y la calidad de vida de las mujeres climatéricas debe ser objeto de estudio continuo. Aunque esta revisión muestra que existen opciones para mitigar los síntomas mencionados, aún queda mucho por investigar para determinar su efectividad con certeza.

Este estudio también resalta que muchas usuarias evitan hablar sobre sexualidad y emociones debido a vergüenza o desinformación. A menudo asocian los síntomas del climaterio con un proceso normal del envejecimiento. Solo aquellas mujeres más empoderadas y educadas suelen discutir estos temas con sus proveedores de salud y solicitar tratamientos adecuados. Por otro lado, se observa que los profesionales sanitarios son reacios a prescribir tratamientos estandarizados sin considerar las necesidades individuales.

Finalmente, al responder a la pregunta de investigación, se concluye que tanto la terapia de reemplazo hormonal como las alternativas no hormonales tienen una relación significativa con el bienestar afectivo y sexual en mujeres menopáusicas, lo cual ha sido evidenciado a lo largo de esta revisión.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Vélez EEE, Centeno MRF, Zevallos MGV, Vélez JAS. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO* 2019; 3(1):58-74. doi: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- [2] World Health Organization (WHO). Envejecimiento y salud [internet]. Ginebra: WHO; 2024. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [3] Valarezo-García C. Adulto mayor: Desde una vejez biológica-social hacia un nuevo envejecimiento productivo. *MASKANA* 2016; 7(2):29-41. doi: <https://doi.org/10.18537/mskn.07.02.03>
- [4] Robles Ojeda FJ, Galicia Moyeda IX, Sánchez Velasco A, Pichardo Hernández A. Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato. *Psicología Iberoamericana* [internet]. 2015 [citado 10 ago 2026]; 23(1):40-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944230005>
- [5] Segnini I, Torres F. Sexualidad y menopausia. *Obstet Ginecol Venez* [internet] 2018 [citado 10 ago 2026]; 78(1):S122-S129. Disponible en: <https://sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/14Capitulo10.pdf>
- [6] De Souza Júnior EV, Souza CS, Da Silva Filho BF, Siqueira LR, Silva CDS, Sawada NO. Sexual function positively correlated with older adults' sexuality and quality of life. *Rev Bras Enferm* 2022; 75(Supl 4). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0939>
- [7] Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Moyano N, Granados MR, Del Mar Sánchez-Fuentes M. Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Rev Int Androl* 2014; 12(2):64-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.10.002>
- [8] Grandi G, Di Vinci P, Sgandurra A, Feliciello L, Monari F, Facchinetti F. Contraception during Perimenopause: Practical guidance. *Int J Womens Health* 2022; 14:913-29. doi: <https://doi.org/10.2147/ijwh.s288070>
- [9] Komatsu K, Masubuchi S. Observation of the dynamics of follicular development in the ovary. *Reprod Med Biol* 2016; 16(1):21-7. doi: <https://doi.org/10.1002/rmb2.12010>

- [10] Blümel JE, Arteaga E. Los riesgos de no usar terapia hormonal de la menopausia: deterioro de la calidad de vida. *Rev Med Chile* 2017; 145(6):760-4. doi: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000600760>
- [11] Cano Franco JF. Menopausia y avances en terapia de reemplazo hormonal. *Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia* [internet] 2018 [citado 10 ago 2026]; 25:124. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/330965
- [12] Voedisch AJ. Counseling on hormone replacement therapy: the real risks and benefits. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2023; 35(2):154.
- [13] Hines CG, Campos NVC, Madrigal MP. Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. *Rev Med Sinergia* 2023; 8(1):e933. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v8i1.933>
- [14] Balcazar DS, Badoui N. Revisión narrativa de la evidencia actual acerca de las alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de los síntomas vasomotores y urogenitales de la menopausia. *Universitas Médica* 2018; 60(1). doi: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed60-1.meno>
- [15] Ferreira IF, Novais DFF, De Carvalho ACM, Mombrine ET, Agostinho FM, Sabino IP, et al. Impactos do tratamento hormonal e não hormonal sobre a sintomatologia vasomotora de mulheres climatéricas. *Rev Eletr Acervo Científico* 2020; 16:e5614. doi: <https://doi.org/10.25248/reac.e5614.2020>
- [16] Djapardy V, Panay N. Alternative and non-hormonal treatments to symptoms of menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2021; 81:45-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.09.012>
- [17] Gartoulla P, Worsley R, Bell RJ, Davis SR. Moderate to severe vasomotor and sexual symptoms Dombek remain problematic for women aged 60 to 65 years. *Menopause J North Am Menopause Soc* 2015; 22(7):694-701. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000383>
- [18] Dombek K, Capistrano EJM, Costa ACC, Marinheiro LPF. Risk factors associated with sexual dysfunction in Brazilian postmenopausal women. *Int J Impot Res* 2016; 28(2):62-7. doi: <https://doi.org/10.1038/ijir.2016.4>
- [19] Ju R, Ruan X, Xu X, Yang Y, Cheng J, Zhang L, et al. Sexual dysfunction in Chinese women at different reproductive stages and the positive effect of hormone replacement therapy in the early postmenopause. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2021; 26(3):246-54. doi: <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1867843>
- [20] Baabel Zambrano N, Urdaneta Machado J, Valbuena G, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E. Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función sexual de mujeres con menopausia natural o quirúrgica *Rev Obstet Ginecol Venez* [internet] 2014 [citado 10 ago 2026]; 74(3):184-192. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000300007&lng=es
- [21] Utian WH, Maamari R. Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climacteric* 2013; 17(1):29-36. doi: <https://doi.org/10.3109/13697137.2013.850480>
- [22] Cagnacci A, Venier M, Xholli A, Paglietti C, Caruso S. Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause J North Am Menopause Soc*. 2019; 27(1):14-9. doi: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001427>
- [23] Terauchi M, Hirose A, Akiyoshi M, Kato K, Miyasaka N. Feelings of unattractiveness in peri- and postmenopausal women are associated with depressed mood, poor memory and unsatisfactory sexual relationships. *Climacteric* 2017; 20(3):228-32. doi: <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1293647>
- [24] Dubinskaya A, Kohli P, Shoureshi P, Breese C, Scott V, Anger JT, et al. The Role of Vibrators in Women's Pelvic Health: An Alluring Tool to Improve Physical, Sexual, and Mental Health. *Int Urogynecol J* 2024; 35(5):1085-92. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05775-7>
- [25] Sánchez SC, Chedraui P, Pérez-López FR, Ortiz-Benegas ME, Franco YPD. Evaluation of sexuality in a Paraguayan mid-aged female urban population using the six-item Female Sexual Function Index *Climacteric* 2016; 19(3):256-60. doi: <https://doi.org/10.3109/13697137.2016.1151866>
- [26] Particco M, Djumaeva S, Nappi RE, Panay N, Palacios S. The European Vulvovaginal Epidemiological Survey (EVES): impact on sexual function of vulvovaginal atrophy of menopause. *Menopause J North Am Menopause Soc* 2020; 27(4):423-9. doi: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001496>
- [27] García JC, Maraver FM, Rodríguez MCR. Cross-sectional study on the impact of age, menopause and quality of life on female sexual function. *J Obstet Gynaecol* 2021; 42(5):1225-32. doi: <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1945017>

Reanimación neonatal en neonatos a término y prematuros con cordón intacto

Matrona en sala de partos. Hospital Clínic de Barcelona, sede Maternitat. Barcelona (España).

E-mail: raquelmc_89@hotmail.com

Fecha de recepción: 18 de noviembre de 2025.

Fecha de aceptación: 7 de julio de 2026.

Cómo citar este artículo:

Martínez Carrillo R. Reanimación neonatal en neonatos a término y prematuros con cordón intacto. *Matronas Hoy* 2026; 14(2):36-45.

Resumen

Introducción: alrededor del 10% de los recién nacidos requiere cierta asistencia respiratoria en el momento del nacimiento, aunque menos del 1% necesita una extensa reanimación. Mantener el cordón umbilical intacto tras el nacimiento implica que la circulación placentaria y el flujo sanguíneo, desde y hacia el recién nacido (RN) se mantienen durante algunos minutos después del nacimiento. Actualmente muchos estudios avalan los beneficios del pinzamiento óptimo como mejora del flujo sanguíneo, pulmonar y menos necesidad de reanimación neonatal, incluso en RN prematuros extremos.

Objetivos: determinar los beneficios de iniciar el soporte ventilatorio en recién nacidos a término y pretérmino con necesidad de estabilización con cordón intacto en partos vaginales y cesáreas.

Metodología: se ha realizado una búsqueda en bases de datos MEDLINE-Pubmed y Cochrane de los últimos 20 años, utilizando descriptores DECS/MESH, búsqueda libre avanzada y uso de operadores booleanos, según criterios de selección.

Resultados: varios estudios defienden los beneficios de iniciar soporte ventilatorio con el cordón intacto, con mejora de los resultados neurológicos a largo plazo. No hay estudios que indiquen niveles significativos más altos de ictericia ni policitemia, sobre todo en neonatos a término. Las familias reportaban que agradecían poder estar al lado del bebé y ver lo que se le realizaba.

Conclusiones: ventilar con cordón intacto reporta beneficios significativos, aun así, son necesarios más estudios para seguir valorando la eficacia y que se pueda aplicar en todos los medios. Importante reforzar y actualizar la formación de los profesionales para la seguridad de su manejo a la hora de tener que acometer este tipo de soporte.

Palabras clave: cordón umbilical; transfusión sanguínea; reanimación neonatal; parto; pinzamiento cordón umbilical; ordeño.

Abstract

Neonatal resuscitation in full-term and premature newborns with intact cord

Introduction: around 10% of newborns will require some respiratory support at the time of birth, although less than 1% will need advanced resuscitation. Keeping the umbilical cord intact after birth involves maintaining placental circulation and blood flow from and towards the newborn during some minutes after birth. Currently, many studies support the benefits of optimal clamping as an improvement in blood flow, pulmonary function, and reduced need for neonatal resuscitation, even in extremely premature newborns.

Objectives: to determine the benefits of initiating ventilatory support in full-term and pre-term newborns who require stabilization, with intact cord in vaginal and caesarean births.

Methodology: a search has been conducted in the MEDLINE-Pubmed and Cochrane databases for the past 20 years, using DECS/MESH descriptors, advanced free search, and Boolean operators, according to selection criteria,

Results: different studies advocate for the benefits of initiating ventilatory support with intact cord, with an improvement in neurological outcomes at long term. There are no studies pointing at significantly higher levels of jaundice or polycythaemia, particularly in full-term newborns. Families reported that they were grateful for being beside the baby and seeing what was done to them.

Conclusions: Ventilation with an intact cord provides significant benefits; however, further studies are required in order to continue assessing its efficacy and ability to be applied in all settings. It is important to reinforce and update the training of professionals for a safe management at the time of undertaking this type of support.

Key words: umbilical cord; blood transfusion; neonatal resuscitation; birth; umbilical cord clamping; pumping.

Introducción

Recordemos que el pinzamiento óptimo del cordón umbilical consiste en esperar a que este deje de latir y se vuelva blanco antes de intervenir. Así es como ocurriría de forma natural, sin intervenciones, permitiendo que el neonato reciba toda la sangre que aún queda en la placenta, de forma fisiológica.

El término *pinzamiento tardío* puede resultar confuso, ya que en muchos estudios se refiere a cortes realizados tras apenas 30, 60 o 180 segundos, lo que sigue siendo una intervención que modifica el proceso fisiológico. En cambio, el *pinzamiento óptimo* no se basa en tiempos fijos, sino en observar las señales del cuerpo y respetar su ritmo.

Para avanzar hacia una atención más respetuosa con la biología del nacimiento, es fundamental que la investigación científica ponga el foco en comparar esta práctica con los métodos actuales, aún basados en tiempos arbitrarios.

El pinzamiento y corte del cordón umbilical después del parto es una de las intervenciones más arcaicas en el proceso del parto y nacimiento. Dejar el cordón umbilical intacto después del parto ha asegurado nuestra supervivencia durante milenios. El pinzamiento temprano del cordón umbilical surgió en la sociedad moderna como una preocupación en el último siglo. Investigaciones recientes han reafirmado el valor del pinzamiento tardío, que muchos consideran de sentido común y que la mayoría de las matronas experimenta en su práctica [1].

Sin embargo, no es nuevo el debate sobre el momento óptimo del clampaje, hay evidencias de que, desde mediados del siglo XVIII, se empezó a discutir sobre cuál era este, aunque el pinzamiento temprano del cordón (inmediatamente o dentro del 1^{er} minuto después del nacimiento) sigue siendo la práctica predominante en la mayoría de los países occidentales. Esto es resultado del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto que se impuso a partir de la década de 1960, en respuesta a la preocupación y sin estudios científicos suficientes que avalaran que una transfusión placentaria pudiera provocar una sobrecarga circulatoria, con la consiguiente dificultad respiratoria, policitemia e ictericia.

Inmersos en el siglo XXI, y en busca de evidencia científica que determine la actuación, hay ensayos controlados aleatorizados que han demostrado los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 2-3 minutos). De ello que algunos hayan adoptado el pinzamiento fisiológico del cordón umbilical como una práctica obstétrica que ofrece beneficios, no perjuicios, al recién nacido, tanto a término como prematuro, por lo que aconsejan esperar el curso natural de los acontecimientos.

Tiempo óptimo para el pinzamiento del cordón umbilical

Actualmente, no existe una definición establecida de lo que constituye el pinzamiento temprano frente al pinzamiento fisiológico del cordón; sin embargo, varias organizaciones han recomendado esperar para pinzar el cordón hasta el momento del alumbramiento de la placenta.

En la última década, ha habido una creciente evidencia de que el pinzamiento tardío del cordón es beneficioso en recién nacidos a término y prematuros [2, 3].

Para el, conocido mundialmente, *efecto del clampaje tardío del cordón*, las diferentes sociedades lo establecen en un mínimo de 60 segundos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina entre 60-180 segundos si el recién nacido (RN) no requiere una reanimación, aunque cita textualmente que esta práctica dependerá de la experiencia del prestador [4].

La directriz de la OMS [5] sobre reanimación básica del RN establece que deben practicarse el pinzamiento y el corte del cordón umbilical para permitir la respiración asistida de forma eficaz en los neonatos a término o prematuros que requieren respiración asistida con presión positiva. Sin embargo, si el médico tiene experiencia en administrar respiración asistida con presión positiva de forma eficaz sin cortar el cordón umbilical, puede iniciarse la respiración asistida en el periné con el cordón umbilical intacto para permitir el pinzamiento tardío del cordón umbilical.

Otras instituciones científicas en todo el mundo han desarrollado e implementado directrices para el pinzamiento tardío del cordón sobre los que siguen trabajando y actualizando conceptos en función de las nuevas evidencias científicas que avalan los beneficios de esta práctica [5-7].

Hay que tener en cuenta, a la hora de pinzar el cordón de la gravedad que afecta la cantidad de transfusión placentaria que recibe un lactante y está interrelacionada con el tiempo de pinzamiento del cordón umbilical. Mantener al lactante por encima del nivel de la placenta (> 10 cm) ralentiza la transfusión placentaria, y bajar al lactante, la acelera (pinzar el cordón umbilical al minuto con el lactante sobre el abdomen materno puede reducir la transfusión placentaria en un 50%) [1]. En resumen, tiempo de pinzamiento del cordón, contracciones uterinas, flujo sanguíneo umbilical, respiración y gravedad, desempeñan un papel importante en la determinación de los volúmenes de transfusión placentaria [8].

Pinzamiento inmediato o tardío en caso de necesidad de reanimación neonatal

Alrededor del 10% de los recién nacidos requiere cierta asistencia respiratoria en el momento del nacimiento. Me-

nos del 1% necesita una extensa reanimación. Hay numerosas causas de depresión respiratoria que requieren reanimación en el momento del nacimiento. La necesidad de reanimación aumenta de manera significativa si el peso al nacer es < 1.500 g [9].

Hoy en día, lo que está establecido es cortar el cordón umbilical poco después del nacimiento, con el fin de proporcionar atención urgente.

En este sentido, la directriz sobre la reanimación básica del recién nacido de la OMS [10] establece que deben practicarse el pinzamiento y el corte del cordón umbilical para permitir la respiración asistida de forma eficaz en los neonatos a término o prematuros que requieren respiración asistida con presión positiva. Sin embargo, añade, si el médico tiene experiencia en administrar respiración asistida con presión positiva de forma eficaz sin cortar el cordón umbilical, puede iniciarse la respiración asistida en el periné con el cordón umbilical intacto para permitir el pinzamiento tardío del cordón umbilical, para lo cual ya hay dispositivos adaptados.

Guías actuales recomiendan pinzar y cortar el cordón umbilical cuando se requiere reanimación [11] y trasladar rápidamente al RN de la cama de la madre a la unidad de reanimación para su evaluación y estabilización [12].

El RN experimenta en el momento del nacimiento un paso definitivo de su respiración intrauterina, vía placentaria, a la respiración pulmonar autónoma a medida que el sistema nervioso central del RN reacciona al cambio súbito en la temperatura y en el medio ambiente. Consecuentemente, la circulación placentaria se para antes de que los pulmones del neonato se llenen de aire [13].

Desde el momento del nacimiento, alrededor del 90% de los RN inicia la respiración espontánea en 30 segundos [11]. En aproximadamente el 10% de los RN, este proceso tarda un poco más y se necesita cierto grado de asistencia para lograr la estabilidad cardiopulmonar [14].

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical para los recién nacidos a término y prematuros que no requieren reanimación. Sin embargo, el abordaje para el recién nacido con signos de compromiso fetal, prematuridad y peso extremadamente bajo al nacer, o apnea prolongada, es menos claro [15].

La previsión de ventilación con presión positiva es la razón principal de la decisión del pinzamiento inmediato; sin embargo, esto solo es necesario en el 3% de los casos [11].

El pinzamiento temprano del cordón umbilical es una intervención evitable y no fisiológica que impide el proceso natural de transfusión placentaria [8].

El pinzamiento del cordón umbilical basado en la fisiología

significa esperar con el pinzamiento del cordón umbilical a la vez hasta después de que el neonato haya aireado sus pulmones, comience a respirar y haya completado su transición fisiológica. El momento del pinzamiento del cordón umbilical debería estar guiado por la propia condición del bebé, en lugar de un tiempo fijo. Permitir que el RN airee sus pulmones antes de clampar el cordón umbilical conduce a un cambio suave del flujo sanguíneo rico en oxígeno de la placenta a la respiración y el flujo sanguíneo autónomos. Esto evita un aumento rápido de la presión arterial y mantiene la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco y, por lo tanto, el suministro de oxígeno vital a los órganos del RN. Es una transición más suave y fisiológica. Apoyar el proceso de transición fisiológica neonatal para evitar una posible morbilidad o mortalidad.

Para los RN que necesitan asistencia respiratoria inmediatamente después de nacer, y no impedir que se aprovechen los beneficios del pinzamiento del cordón umbilical basado en la fisiología, se les puede proporcionar soporte respiratorio mientras se mantiene intacto el cordón umbilical [16, 17].

De otro lado, para muchos RN prematuros que necesitan más tiempo para comenzar a respirar después del nacimiento, retrasar el pinzamiento del cordón umbilical permite más tiempo para que los pulmones del bebé se aireen y garantiza una transición más suave hasta que el neonato comience a respirar por sí solo.

En el primer metaanálisis de datos individuales de participantes que compararon diferentes momentos de pinzamiento de cordón y ordeño de cordón en RN prematuros (nacidos antes de la 37 SG) combinando datos de 37 ensayos con más de 6.000 RN, el resultado fue una gran reducción de la muerte antes del alta en comparación con el pinzamiento tardío del cordón. Así mismo, indicaban que en los RN que requieran intervenciones inmediatas (p. ej.: reanimación) este hallazgo podría ser generalizable si existieran las disposiciones para brindar dicha atención con el cordón intacto [13].

Objetivos

Determinar los beneficios de iniciar el soporte ventilatorio en recién nacido a término y pretérmino con necesidad de estabilización con cordón intacto (CI) en partos vaginales y cesáreas.

Metodología

Revisión bibliográfica. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos MEDLINE-Pubmed, Cochrane y BVS de los últimos 20 años, utilizando descriptores DECS/MESH, búsqueda libre avanzada y uso de operadores booleanos, según crite-

rios de selección. También se consultaron guías de práctica clínica y artículos científicos en revistas pediátricas.

Discusión

Desventajas del pinzamiento inmediato del cordón

Pinzar el cordón umbilical antes de que el RN airee sus pulmones puede ser perjudicial.

El primer problema de pinzar el cordón umbilical tan pronto es que la sangre que regresaba del bebé a la placenta, ahora se redirige al cuerpo del neonato. La resistencia vascular sistémica aumenta y, como resultado, se produce un incremento muy rápido de la presión arterial. Esto aumenta al menos un 30% en solo cuatro latidos de corazón [13] (Figura 1).

En segundo lugar, el lado izquierdo del corazón está privado de retorno venoso o precarga. El flujo sanguíneo de la placenta al corazón se interrumpe, mientras que al mismo

tiempo el flujo sanguíneo pulmonar permanece bajo. El corazón del bebé tiene menos sangre para bombear, su ritmo cardíaco disminuirá y el gasto cardíaco irá disminuyendo en gran medida hasta en un 50% en solo 60 segundos, reduciendo así el suministro de oxígeno vital a los órganos del RN, especialmente al cerebro [13].

El rápido aumento de la presión arterial y la reducción del suministro de oxígeno a los órganos pueden causar lesiones, especialmente en el cerebro y los intestinos del neonato.

Solo después de que los pulmones del RN se llenen de aire, redirigiendo el flujo sanguíneo a través de los pulmones, la aurícula izquierda recibirá suficiente sangre para restaurar el gasto cardíaco.

Estudios recientes en animales y humanos sugieren que el pinzamiento temprano del cordón umbilical antes del inicio de las respiraciones espontáneas parece afectar negativamente la perfusión cerebral durante la transición fetal a neonatal, probablemente debido al aumento de

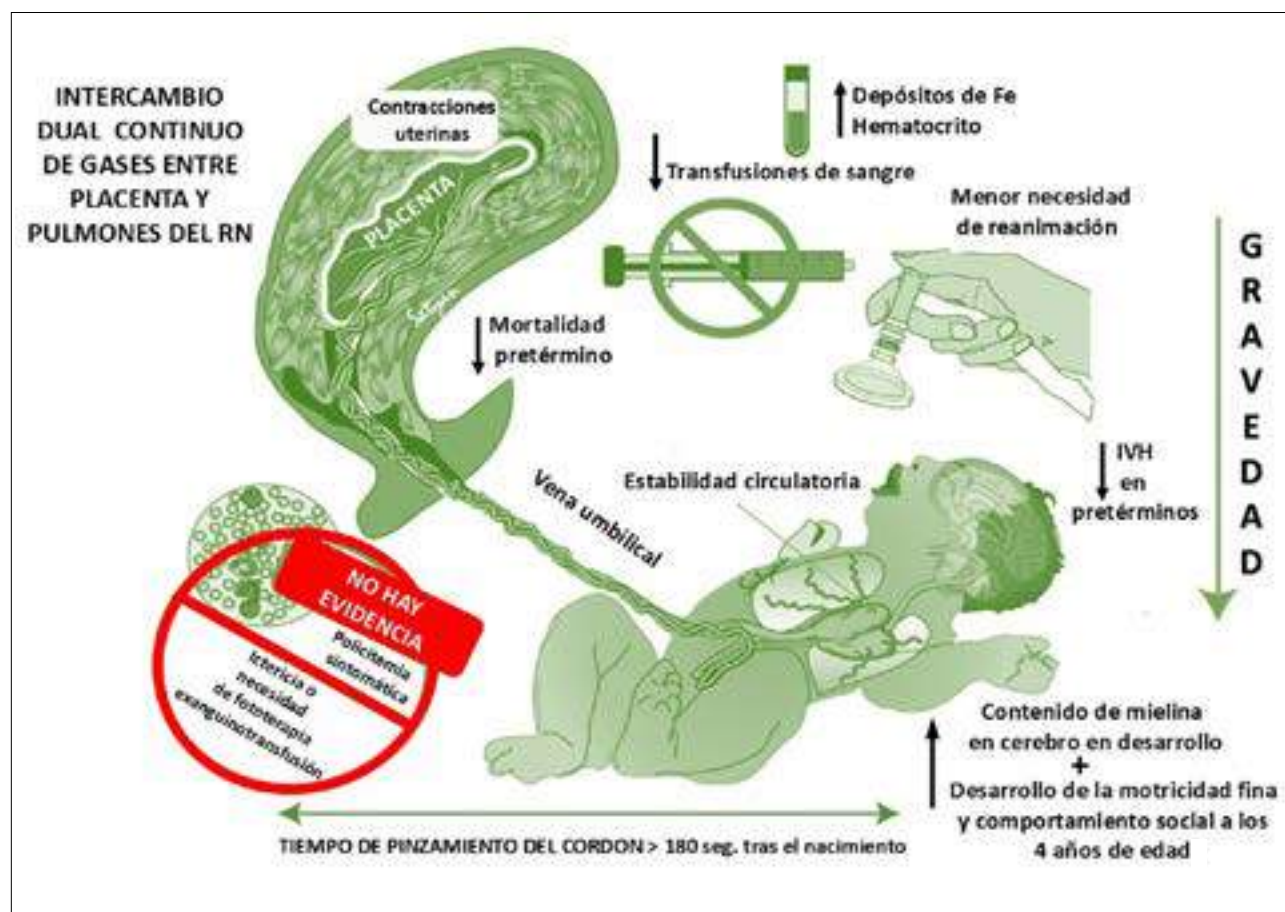


Figura 1. Factores que influyen en la transfusión placentaria con pinzamiento tardío del cordón umbilical y sus ventajas. Imagen tomada de Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn, traducida y adaptada por la autora. Cortesía de la imagen Satyan Lakshminrusimha

la poscarga que experimenta el ventrículo izquierdo y la disminución de la precarga proporcionada por el retorno venoso umbilical [18-20].

Ya en 1969, Yao et al. [21] cuantificaron la distribución de la sangre entre los circuitos del lactante y la placenta, el resultado fue de aproximadamente 67%-33% al nacer, 80%-20% al minuto y 87%-13% al finalizar la transfusión placentaria [21]. Estudios posteriores [8, 22] han demostrado que el pinzamiento inmediato del cordón umbilical da como resultado que aproximadamente el 30% del volumen sanguíneo fetoplacentario permanezca en la placenta, mientras que el pinzamiento tardío del cordón umbilical reduce la sangre placentaria residual al 20% del volumen sanguíneo fetoplacentario a los 60 segundos y al 13% a los 3-5 minutos.

Ventajas del pinzamiento tardío con cordón intacto

Aunque se necesita más investigación para explorar los posibles beneficios de la reanimación con el cordón intacto, datos en humanos y animales de experimentación muestran que retrasar el pinzamiento del cordón umbilical hasta después del inicio de la respiración promueve la estabilidad cardiovascular en los minutos inmediatamente posteriores al nacimiento. En lugar de considerar el pinzamiento tardío del cordón como un periodo de tiempo fijo antes de que comience la reanimación, un concepto más fisiológico de transición al nacer debería abarcar el momento relativo del inicio de la respiración y la oclusión del cordón [15].

Al mantener el cordón umbilical intacto, la circulación placentaria y el flujo sanguíneo desde y hacia el neonato se mantienen durante algunos minutos después del nacimiento. Esta sangre se redistribuye a los órganos del bebé, transfundiéndolo gradualmente el volumen de sangre de la placenta al bebé, entregando oxígeno y nutrientes importantes como el hierro. En los recién nacidos a término, el flujo sanguíneo de la placenta contribuye a un volumen adicional de sangre circulante de 80-100 ml. Esto añade alrededor del 30% del volumen sanguíneo circulante, incluyendo alrededor de 20-30 mg/kg de hierro [21].

Nuevas evidencias revelan que la transfusión placentaria, facilitada por el pinzamiento tardío del cordón, reduce la mortalidad y la necesidad de transfusiones sanguíneas en recién nacidos prematuros sin evidencia de daño. Incluso un breve retraso en el pinzamiento del cordón muestra una mejor supervivencia y bienestar, pero esperar al menos dos minutos es aún mejor. Se propone que tres beneficios principales del PTC contribuyen a la reducción de la mortalidad en recién nacidos prematuros: 1) los beneficios de los componentes de la sangre; 2) la asistencia de la circulación sanguínea continua; y 3) las interacciones mecánicas esenciales que resultan del mayor volumen de sangre [23].

El concepto de *reanimación con cordón umbilical intacto* para reducir lesiones adicionales en recién nacidos a término se ha explorado en algunos ensayos piloto o de viabilidad [24]. En ellos compararon embarazos con riesgo de reanimación y la necesidad de reanimación fue del 63% en el grupo de 1 minuto y del 43% en el grupo de 5 minutos. El grupo de 5 minutos presentó mayor oxigenación cerebral y presión arterial a las 12 horas de vida. Por su parte, Anderson et al. [1] encontró, refrendado este hallazgo, que la saturación de oxígeno fue significativamente mayor en el grupo de cordón intacto con reanimación al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. La frecuencia cardíaca fue menor en el grupo con cordón intacto al minuto y a los cinco minutos, y ligeramente mayor a los diez minutos, todos los hallazgos fueron significativos. La puntuación de Apgar fue significativamente mayor al minuto, a los cinco y a los diez minutos.

Los beneficios comprobados para los recién nacidos ≥ 34 semanas son los siguientes: aumento de hemoglobina y hematocrito, mejora del estado de hierro en la infancia, reduciendo la anemia (deficiencia de hierro) en la primera infancia y mejora de los resultados del desarrollo neurológico en la primera infancia [1, 22].

El tiempo de inicio de la reanimación con el cordón umbilical intacto no generó problemas de seguridad y fue más tardío en el grupo con cordón umbilical intacto, mientras que los recién nacidos comenzaron a respirar y establecieron una respiración regular antes [25].

El pinzamiento tardío, en lugar del temprano, del cordón umbilical podría reducir el riesgo de muerte antes del alta en bebés prematuros. No hay suficiente evidencia para determinar la duración óptima del retraso (uno o varios minutos), por lo que el momento ideal para pinzar el cordón umbilical sigue sin estar claro. Si bien la evidencia actual respalda no pinzar el cordón antes de los 30 segundos en partos prematuros, futuros ensayos podrían comparar diferentes duraciones del retraso. La atención neonatal inmediata con el cordón intacto requiere más estudios, y no hay suficientes datos sobre la monitorización del cordón umbilical [13].

Por su parte, Duey et al. [26] hallaron que retrasar el pinzamiento del cordón umbilical reduce la probabilidad de muerte antes del alta en recién nacidos prematuros, aunque apuntan que en RN que requieran reanimación inmediata, este hallazgo solo podría generalizarse si se dispone de los recursos necesarios para brindar dicha atención con el cordón intacto.

Esta evidencia es prometedora, el pinzamiento del cordón umbilical después de al menos 2 minutos y la atención neonatal inmediata con el cordón intacto en partos muy prematuros pueden mejorar el pronóstico; se necesita urgentemente un ensayo a gran escala.

Alternativa al pinzamiento tardío: ordeño o *milking*

Otra forma de transfusión placentaria que se ha estudiado y debatido en la actualidad es el ordeño del cordón umbilical o *milking*. Existen dos tipos de ordeño: con cordón intacto, que consiste en la compresión repetida del cordón desde el lado placentario hacia el recién nacido, manteniendo la conexión con la placenta intacta en cualquier momento durante los primeros minutos después del nacimiento; o cortado, que consiste en el drenaje del cordón mediante compresión desde el extremo seccionado hacia el recién nacido, tras pinzar y cortar un segmento largo.

Hay resultados que indican que el ordeño del cordón umbilical ofrece beneficios superiores al pinzamiento inmediato del cordón. Entre los principales se encuentran niveles más altos de hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica, y una reducción de las complicaciones en recién nacidos prematuros, como la hemorragia intraventricular y la necesidad de transfusión sanguínea [28].

A diferencia del pinzamiento tardío del cordón umbilical, el ordeño proporciona una transfusión placentaria sin posponer la reanimación y puede completarse tan rápidamente (20 segundos), como el pinzamiento inmediato del cordón [27].

Se debe prestar especial atención a cómo se realiza el ordeño del cordón: cuántas veces y si el cordón se mantiene intacto. El ordeño del cordón antes del pinzamiento mejora el flujo sanguíneo pulmonar inmediatamente al nacer y ayuda a la expansión pulmonar al inicio de las respiraciones. Esto puede explicar por qué el ordeño puede ayudar a un inicio más temprano de la respiración en comparación con el pinzamiento inmediato.

En un estudio piloto que comparó 60 seg de pinzamiento tardío con *milking* con corte inmediato del cordón intacto, más neonatos respiraron antes del pinzamiento del cordón tras el ordeño en comparación con el pinzamiento retardado (74% frente a 53%) [27], lo que demuestra que la permeabilidad alveolar ocurre en respuesta al llenado de los capilares circundantes.

Hay muchos estudios de calidad que comparan el *milking* con el pinzamiento inmediato en recién nacidos a término [29-34], en conjunto, estos estudios concluyen que el ordeño del cordón umbilical mejora significativamente la presión arterial, el hematocrito y los niveles de hemoglobina durante los primeros días de vida, así como las reservas de hierro hasta los 6 meses de edad. No se identificó ningún efecto adverso en ninguno de los estudios.

También hay abundante evidencia científica de calidad para los recién nacidos prematuros [29, 35-43], que comparan el *milking* con el pinzamiento inmediato. Estos estudios demuestran un aumento de la presión arterial, la hemoglobina, la producción de orina, la oxigenación cere-

bral, un menor riesgo de hemorragia intraventricular (HIV) de todos los grados, una menor enfermedad pulmonar crónica (definida como *requerimiento de oxígeno a las 36 semanas*), menos enterocolitis necrotizante, niveles más bajos de citocinas circulantes y una menor necesidad de transfusiones.

En neonatos prematuros tardíos se han reportado niveles más altos de ferritina a las 6 semanas de edad después del ordeño [44].

Ninguno de los estudios demostró daño por el *milking* en estos RN vulnerables, y proporcionaron evidencia sólida de que la extracción de leche del cordón umbilical acelera eficazmente la transfusión placentaria al nacer, lo que deriva en beneficios superiores a los del pinzamiento inmediato.

El Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación (ILCOR) declaró en 2015 que el perfil de seguridad a largo plazo aún se desconoce y, por lo tanto, recomendó no utilizar de forma rutinaria UCM en recién nacidos con menos de 29 semanas de gestación [45].

La guía del Consejo Europeo de Reanimación (ERC) refuerza la recomendación de no ordeñar el cordón umbilical en bebés prematuros menores de 28 semanas y se centra en intentar efectuar un pinzamiento tardío del cordón, si es posible. Se reconoce que el ordeño del cordón cortado es una alternativa razonable si el bebé tiene más de 28 semanas [46].

Cunas adaptadas

Hay varios modelos de cuna adaptada [47-50]. Se trata de un carro móvil que se puede equipar con todos los dispositivos necesarios para un adecuado seguimiento y tratamiento de los neonatos que necesitan apoyo adicional durante la transición. Evita la urgencia de cortar el cordón, pues todos los cuidados necesarios se pueden proporcionar de inmediato, mientras se permite que el RN permanezca cerca de la madre y espere tranquilamente el pinzamiento del cordón hasta que el bebé esté completamente estable y respire por sí solo.

Las hay sin ranura y con ranura patentada, que permite el paso del cordón umbilical, por lo que resulta mejor para mantener al RN muy cerca de su madre (padres) incluso con un cordón muy corto.

La cuna, que se ajusta en altura y presenta bloqueo de las ruedas, está montada en un brazo giratorio y ajustable en altura, lo que permite mucha libertad para colocar al neonato muy cerca de la madre. El RN, ya sea un recién nacido muy prematuro o a término, puede colocarse de forma segura en la cuna. Se adapta fácilmente a todos los lados de las camas de parto o a la mesa de quirófano, sin obstruir a los neonatólogos u obstetras.

Presenta una unidad de temporizador aislada para controlar la duración del pinzamiento del cordón umbilical diferido desde el nacimiento, colchón calefactable adecuado a la temperatura requerida por el neonato, fuente de calor radiante, un brazo metálico unido a la cuna para poder poner medicación y bombas de perfusión, soporte para el respirador con mezcla de gases conectado a las diferentes tomas, aspirador y posibilidad de conexión a pantalla para monitorizar constantes.

Las cunas en general son seguras y no tienen ningún riesgo para la madre y el RN. Utilizar las cunas adaptadas basadas en el pinzamiento fisiológico u óptimo mejoran la supervivencia sin mayores complicaciones, reducen múltiples complicaciones y la sepsis de inicio tardío, permiten un vínculo inmediato entre el bebé y la madre y es lo que prefieren los padres, están menos ansiosos y más contentos. Katheria et al. [50] matiza en relación con la reanimación mediante circulación placentaria para RN que requieren soporte respiratorio desde el nacimiento que se encuentra actualmente en investigación y aún no se recomienda el uso rutinario de estos dispositivos en partos de alto riesgo.

Resultados

- Un volumen sanguíneo completo, proporcionado por el pinzamiento fisiológico del cordón umbilical, es fundamental para el crecimiento, la salud y la regeneración tisular normales en todo el cuerpo del recién nacido, así como para la reducción de la morbilidad y la mortalidad.
- El momento oportuno para pinzar el cordón umbilical debe centrarse más en un enfoque fisiológico, que en el tiempo.
- Existe clara indicación de que la reanimación de neonatos a término debe realizarse siempre que sea posible con el cordón umbilical intacto en función de la base fisiológica, así como en atención a los beneficios psicológicos para el bebé, la madre y la familia.
- Hay evidencias de los beneficios de iniciar soporte ventilatorio con el cordón intacto en RN que requieren estabilización, ya que mejora del flujo sanguíneo cerebral y pulmonar, aumento del hematocrito y de las reservas de hierro con mejores resultados neurológicos a largo plazo, favorece el paso de células madre, y sin aumentar el riesgo materno de hemorragia posparto. También se destaca menor incidencia de enterocolitis necrotizante y hemorragias intraventriculares en prematuros.
- La mayoría de los estudios relativos a la técnica del *milking* pusieron de manifiesto los beneficios de usarla frente al pinzamiento precoz o como alternativa al pinzamiento tardío, sobre todo en situaciones donde se

requiere una transfusión placentaria rápida. Los beneficios fueron superiores frente al pinzamiento temprano: mayores niveles de hemoglobina, hematocrito y ferritina sérica, y reducción de complicaciones en recién nacidos prematuros, como la necesidad de transfusión sanguínea. Aunque actualmente no se recomienda en menores de 29SG.

- La estabilización inmediata al nacer y la reanimación pueden realizarse con éxito y seguridad junto a la cama de la parturienta utilizando cunas adaptadas, aunque aún no tienen indicación de uso rutinaria, logrando además mayor satisfacción en los padres al ser testigos del procedimiento y permitiéndoles una conexión más temprana y prolongada con sus hijos.

Conclusiones

- Iniciar soporte ventilatorio con cordón intacto en recién nacidos a término y pretérmino reporta beneficios significativos, aun así, son necesarios más estudios para seguir valorando la eficacia y que se pueda aplicar en todas las situaciones.
- La transfusión placentaria es una cuestión interdisciplinaria; por lo tanto, las matronas, obstetras, neonatólogos, pediatras y el personal de enfermería deben colaborar en la formación y mejora de la calidad para aumentar la utilización de un manejo óptimo del cordón umbilical.
- Se encuentran barreras en cuanto a la aplicación de la técnica por parte de los profesionales ya que son parte muy importante de la aplicación. Como por ejemplo el espacio y el acceso a todo el material y equipo (incluida cuna portátil), motivo por el que es muy importante realizar formación a los profesionales, para que estos puedan sentirse seguros a la hora de tener que realizar este tipo de soporte.
- Considerar los beneficios que reporta estabilizar al RN a pie de cama para los padres, empoderándolos y formando parte activa del cuidado, interactuando con el equipo sanitario y disminuyendo su ansiedad.
- Se deberían de seguir realizando más estudios sobre recién nacidos prematuros extremos donde la realización del *milking* actualmente está contraindicada.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn. *Clin Perinatol*. 2021; 48(3):447-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2021.05.002>
- [2] McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(7):CD004074. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
- [3] Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, Simes J, Tarnow-Mordi W. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 218(1):1-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.231>
- [4] World Health Organization (WHO). Optimal timing of cord clamping for the prevention of iron deficiency anaemia in infants. [internet]. Geneva: WHO; 2019. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en
- [5] The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee. Delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. 2020; 136:e100-6. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004167>
- [6] Committee on Obstetric Practice Committee opinion No. 684: Delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. 2017; 129:1. doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000001860>
- [7] El-Naggar W, Davis PG, Josephsen J, Seidler L, Soll R, Costa-Nobre D, Isayama T, et al. on behalf of the Neonatal Life Support Task Force* [internet]. Brussels, Belgium: International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Advanced Life Support Task Force; 2023. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <http://ilcor.org>
- [8] Katheria AC, Lakshminrusimha, S Rabe, H McAdams R, Mercer JS. Placental transfusion: a review. *Journal of Perinatology* [internet] 2017 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/jp2016151>
- [9] Lattari Balest A. Reanimación Neonatal. Manual MSD. Versión Profesionales Last update: feb 2025 MSD [internet] 2025 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatric/C3%ADa/problems-perinatales/reanimaci%C3%B3n-neonatal?ruleredirectid=756>
- [10] World Health Organization (WHO). Guidelines on Basic Newborn Resuscitation [internet]. Geneva: WHO; 2012. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137872/>
- [11] Resuscitation Council (UK). Newborn life support. 4th ed. London: Resuscitation Council; 2016.
- [12] Yoxall CW, Ayers S, Sawyer A. Providing immediate neonatal care and resuscitation at birth beside the mother: clinicians' views, a qualitative study. *BMJ Open* 2015; 5:e008494. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008494>
- [13] Seidler AL, Libesman S, Hunter KE, Barba A, Aberoumand M, Williams JG, et al.; iCOMP Collaborators. Short, medium, and long deferral of umbilical cord clamping compared with umbilical cord milking and immediate clamping at preterm birth: a systematic review and network meta-analysis with individual participant data. *Lancet*. 2023; 402(10418):2223-34. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02469-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02469-8)
- [14] Ersdal HL, Singhal N. Resuscitation in resource-limited settings. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2013; 18(6):373-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.07.001>
- [15] Niermeyer S, Velaphi S. Promoting physiologic transition at birth: re-examining resuscitation and the timing of cord clamping. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013; 18(6):385-92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.08.008>
- [16] Mercer JE-OD, Vohr B, Tucker R, Oh W, Padbury J. Delayed Cord Clamping at Birth Improves Motor Scores at 18 to 22 Months Corrected Age: A Randomized Controlled Trial. San Diego: Pediatric Academic Society; 2015.
- [17] Tarnow-Mordi W, Morris J, Kirby A, Robledo K, Askie L, Brown R, et al. Delayed versus immediate cord clamping in preterm infants. *N Engl J Med*. 2017; 377:2445-55. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1711281>
- [18] Bhatt S, Alison BJ, Wallace EM, Crossley KJ, Gill AW, Kluckow M, et al. Delaying cord clamping until ventilation onset improves cardiovascular function at birth in preterm lambs. *J Physiol*. 2013; 591(8):2113-26. doi: <https://doi.org/10.1113/jphysiol.2012.250084>
- [19] Nevill E, Meyer MP. Effect of delayed cord clamping (DCC) on breathing and transition at birth in very preterm infants. *Early Hum Dev*. 2015; 91(7):407-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.013>
- [20] Ersdal HL, Linde J, Mduma E, Auestad B, Perlman J. Neonatal outcome following cord clamping after onset of spontaneous respiration. *Pediatrics*. 2014; 134(2):265-72. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0467>
- [21] Yao AC, Moinian M, Lind J. Distribution of blood between infant and placenta after birth. *Lancet*. 1969; 2(7626):871-3. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(69\)92328-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(69)92328-9)
- [22] Andersson O, Rana N, Ewald U, Målqvist M, Strippel G, Basnet O, et al. Intact cord resuscitation versus early cord clamping in the treatment of depressed newborn infants during the first 10 minutes of birth (Nepcord III) - a randomized clinical trial. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2019; 5:15. doi: <https://doi.org/10.1186/s40748-019-0110-z>

- [23] Mercer J, Saether E, King T, Maul H, Kennedy HP, Erickson-Owens D, et al. How Delayed Cord Clamping Saves Newborn Lives. *Children (Basel)*. 2025; 12(5):585. doi: <https://doi.org/10.3390/children12050585>
- [24] Katheria AC, Brown MK, Faksh A. Delayed cord clamping in newborns born at term at risk for resuscitation: a feasibility randomized clinical trial. *J Pediatr* 2017; 187:313-7.e1
- [25] Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 9(9):CD003248. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>
- [26] Duley L, Dorling J, Pushpa-Rajah A, Oddie SJ, Yoxall CW, Schoonakker B, et al. Cord Pilot Trial Collaborative Group. Randomised trial of cord clamping and initial stabilisation at very preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018; 103(1):F6-F14. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312567>
- [27] Katheria AC, Truong G, Cousins L, Oshiro B, Finer NN. Umbilical Cord Milking Versus Delayed Cord Clamping in Preterm Infants. *Pediatrics*. 2015; 136(1):61-9. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0368>
- [28] Alves M, Freitas B, Gaiva M. Umbilical cord milking in newborns: scoping review. *Ciencia y Enfermería*. 2022; 28. doi: <https://doi.org/10.29393/ce28-14ucmm30014>
- [29] Al-Wassia H, Shah PS. Efficacy and safety of umbilical cord milking at birth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2015; 169(1):18-25. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1906>
- [30] Erickson-Owens DA, Mercer JS, Oh W. Umbilical cord milking in term infants delivered by cesarean section: a randomized controlled trial. *J Perinatol*. 2012; 32(8):580-4. doi: <https://doi.org/10.1038/jp.2011.159>
- [31] Upadhyay A, Gothwal S, Parihar R, Garg A, Gupta A, Chawla D, Gulati IK. Effect of umbilical cord milking in term and near term infants: randomized control trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208(2):120.e1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.884>
- [32] Bora R, Akhtar S, Venkatasubramaniam A. Effect of 40-cm segment umbilical cord milking on hemoglobin and serum ferritin at 6 months of age in full-term infants of anemic and non-anemic mothers. *J Perinatol* 2015; 35:832-6. doi: <https://doi.org/10.1038/jp.2015.92>
- [33] Jaiswal P, Upadhyay A, Gothwal S, Chaudhary H, Tandon A. Comparison of Umbilical Cord Milking and Delayed Cord Clamping on Cerebral Blood Flow in Term Neonates. *Indian J Pediatr*. 2015; 82(10):890-5. doi: <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1734-2>
- [34] Yadav AK, Upadhyay A, Gothwal S, Dubey K, Mandal U, Yadav CP. Comparison of three types of intervention to enhance placental redistribution in term newborns: randomized control trial. *J Perinatol*. 2015; 35(9):720-4. doi: <https://doi.org/10.1038/jp.2015.65>
- [35] Hosono S, Mugishima H, Fujita H, Hosono A, Okada T, Takahashi S, et al. Blood pressure and urine output during the first 120 h of life in infants born at less than 29 weeks' gestation related to umbilical cord milking. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2009; 94:F328-31. doi: <https://doi.org/10.1136/adc.2008.142935>
- [36] March MI, Hacker MR, Parson AW, Modest AM, De Veciana M. The effects of umbilical cord milking in extremely preterm infants: a randomized controlled trial. *J Perinatol*. 2013; 33:763-7. doi: <https://doi.org/10.1038/jp.2013.70>
- [37] Alan S, Arsan S, Okulu E, Akin IM, Kilic A, Taskin S, et al. Effects of umbilical cord milking on the need for packed red blood cell transfusions and early neonatal hemodynamic adaptation in preterm infants born ≤ 1.500 g: a prospective, randomized, controlled trial. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2014; 36:e493-8. doi: <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000143>
- [38] Katheria AC, Leone TA, Woelkers D, Garey DM, Rich W, Finer NN. The effects of umbilical cord milking on hemodynamics and neonatal outcomes in premature neonates. *J Pediatr*. 2014; 164:1045-50.e1041. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.024>
- [39] Song SY, Kim Y, Kang BH, Yoo HJ, Lee M. Safety of umbilical cord milking in very preterm neonates: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol Sci*. 2017; 60:527-34. doi: <https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.6.527>
- [40] Daskalakis G, Papapanagiotou A, Siristatidis C, Drakakis P, Mole I, Barbouni A, et al. The influence of delayed cord clamping and cord milking on inflammatory cytokines in umbilical vein and neonatal circulation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018; 97:624-8. doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13294>
- [41] El-Naggar W, Simpson D, Hussain A, Armson A, Dodds L, Warren A, et al. Cord milking versus immediate clamping in preterm infants: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314757>
- [42] Lago Leal V, Pamplona Bueno L, Cabanillas Vilaplana L, Nicolás Montero E, Martín Blanco M, Fernández Romero C, et al. Effect of milking maneuver in preterm infants: a randomized controlled trial. *Fetal Diagn Ther*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1159/000485654>
- [43] Li J, Yu B, Wang W, Luo D, Dai QL, Gan XQ. Does intact umbilical cord milking increase infection rates in preterm infants with premature prolonged rupture of membranes? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018. doi: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1487947>

- [44] Kumar B, Upadhyay A, Gothwal S, Jaiswal V, Joshi P, Dubey K. Umbilical cord milking and hematological parameters in moderate to late preterm neonates: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 2015; 52:753-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s13312-015-0711-1>
- [45] Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, et al. Part 7: neonatal resuscitation: 2015 International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations (Reprint). *Pediatrics* 2015; 136(Suppl. 2):S120-66. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3373D>
- [46] Hogeveen M, Monnelly V, Binkhorst M. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Newborn Resuscitation and Support of Transition of Infants at Birth Resuscitation. *Resuscitation Journal* [internet] 2025 [citado 10 ago 2026]; 215(1):110766. Disponible en: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(25\)00278-3/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(25)00278-3/fulltext)
- [47] Weeks AD, Watt P, Yoxall CW, Gallagher A, Burleigh A, Bewley S, et al. Innovation in immediate neonatal care: development of the Bedside Assessment, Stabilisation and Initial Cardiorespiratory Support (BASICS) trolley. *BMJ Innov.* 2015; 1(2):53-8. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjinnov-2014-000017>
- [48] Dorling J, Duley L, Fawke J, Yoxall C, Batey N. Fifteen-minute consultation: stabilisation of the high-risk newborn infant beside the mother. *Archives of Disease in Childhood Education and Practice*, 2017; 102(5):235-8.
- [49] Stamoulos S, Lavelle R. Neonatal resuscitation: 'room side to motherside'. *British Journal of Midwifery.* 2019; 27:716-28. doi: <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.11.716>.
- [50] Katheria A, Lee HC, Knol R, Irvine L, Thomas S. A review of different resuscitation platforms during delayed cord clamping. *J Perinatol.* 2021; 41(7):1540-8. doi: <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01052-3>

Pilar Jáuregui de Lasbennes: construcción de opinión pública desde la prensa, para el cambio de la profesión de matronas (XIX)

¹ Rosa M^a Cancelo Lama

² Rosa M^a Plata Quintanilla

¹ *Matrona Jubilada. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España). Licenciada en Geografía e Historia.*

E-mail: rosacancelo@gmail.com

² *Matrona. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Cantabria (España).*

Fecha de recepción: 11 de marzo de 2025.

Fecha de aceptación: 10 de febrero de 2026.

Cómo citar este artículo:

Canelo Lama RM, Plata Quintanilla RM. Pilar Jáuregui de Lasbennes: construcción de opinión pública desde la prensa, para el cambio de la profesión de Matronas (XIX). *Matronas Hoy* 2026; 14(2):46-54.

Resumen

Introducción: al impulso progresista en educación de finales del siglo XIX en España, factores como las publicaciones en prensa social y profesional de escritos reivindicativos como los de Pilar Jáuregui generaron opinión pública, siendo determinantes para mejorar el acceso, la formación y la práctica profesional de las matronas.

Objetivos: exposición y análisis crítico de las polémicas suscitadas por las lícitas pretensiones del cambio en la formación de matronas. Reivindicar la acción de Pilar Jáuregui en favor del desarrollo de las matronas a través de sus escritos en prensa. Hacer notoria la campaña de desprestigio contra las matronas como medio de ascenso a la Obstetricia, por parte de los médicos (varones).

Añadir a la historiografía de las mujeres, y particularmente a la de las matronas, apuntes sobre el proceso de su evolución y desarrollo profesional a partir del siglo XVIII, frenadas exclusivamente por la fuerza de género de los cirujanos médicos-cirujanos.

Material y método: búsqueda bibliográfica y análisis de las cartas que Pilar Jáuregui publicó en la prensa social y profesional y la réplica de los médicos, en las principales hemerotecas nacionales y repositorio internacional HathiTrust y plataforma digital Google Books.

Discusión: queda palpable la misoginia médica, como impulsora del cambio en la asistencia gineco-obstétrica a partir del siglo XVIII. Al margen del derecho de las mujeres a la atención a su salud sexual y reproductiva, los varones eligieron la asistencia gineco-obstétrica como vía de reconocimiento profesional médico y ascenso social. Es notoria la ginopia ejercida por los médicos frente a las matronas por recelo y rivalidad.

Conclusiones: la desigualdad y el machismo en el colectivo médico fueron los elementos que ayudaron a los varones a un ascenso al terreno gineco-obstétrico. La lucha de Jáuregui contra estos prejuicios pretendía cambiar la posición subordinada de las matronas y lograr su empoderamiento.

Pilar Jáuregui se rebeló contra estas prácticas propias del androcentrismo médico y a través de la prensa generó un diálogo y una opinión pública influyentes para la toma de decisiones políticas y sociales.

Palabras clave: Pilar Jáuregui; matronas; obstetras; formación; prensa; desigualdad; machismo; misoginia; ginopia.

Abstract

Pilar Jáuregui de Lasbennes: building public opinion through the press for a change in the midwife profession (19th century)

Introduction: with the progressive momentum in education at the end of the 19th century in Spain, public opinion was generated by factors such as the publication in social and professional press of activist articles like those by Pilar Jáuregui; these were decisive in order to improve access, training, and professional practice for Midwives.

Objectives: exposure and critical analysis of the controversy generated by the legitimate claims for a change in midwife training. To reclaim the action by Pilar Jáuregui in favour of the development of midwives through her press articles. To make evident the discredit campaign against midwives as a mean for promotion to Obstetrics by (male) doctors.

To add to the historiography of women, and particularly to that of midwives, notes about the process of their evolution and professional development since the 18th century, hindered exclusively by the gender force of doctors-surgeons.

Materials and Method: a bibliographical search and analysis of the letters published by Pilar Jáuregui in the social and professional press, and the replies by doctors, in the main national newspaper archives and HathiTrust international repository and Google Books digital platform.

Discussion: medical misogyny becomes evident as the driver for change in gynaecological and obstetrical care since the 18th century. Regardless of the right of care for women in terms of their sexual and reproductive health, males chose gynaecological and obstetrical care as a way for medical professional acknowledgement and social promotion. There was a notorious gynopia exercised by doctors on midwives, due to mistrust and rivalry.

Conclusions: lack of equality and sexism in the medical profession were the elements that helped men to be promoted in the gynaecological and obstetric field. The fight of Jáuregui against these prejudices intended to change the subordinate position of midwives and achieve their empowerment.

Pilar Jáuregui rebelled against these typical practices of medical androcentrism, and generated dialogue and public opinion through the press, that had influence on political and social decision making.

Key words: Pilar Jáuregui; midwives; obstetricians; training; press; inequality; sexism; misogyny; gynopia.

Introducción

En el número anterior de esta revista [1] hicimos una extensa semblanza de Pilar Jáuregui de Lasbennes, matrona ochocentista, cuyo esfuerzo por dejar constancia del saber acumulado por la experiencia de la profesión inmemorial de matrona le hizo impulsar del proyecto educativo de una Escuela Libre de Matronas en Madrid, a la que remitimos para contextualizar esta faceta de Jáuregui como generadora de opinión a través de la prensa que, en este nuevo y complementario artículo, tratamos.

Al impulso progresista en Educación al final del siglo XIX, factores como las publicaciones en prensa social y profesional de escritos reivindicativos, como los de Pilar Jáuregui, fueron determinantes para mejorar el acceso, la formación de las matronas y la práctica de estas.

Los escritos de Pilar Jáuregui, como los de otras profesionales que saltaron a la luz en la época, fueron ejemplo de resistencia y lucha por la profesión. Elevó la propia consideración de la clase de matronas contra la que los médicos cirujanos, con intereses en la obstetricia, orquestaron una campaña de descrédito y difamación, al igual que en el resto de países europeos, para impedir progresar a la profesión de matrona con el arma más potente: restringir el derecho a la formación y preparación profesionales.

Pilar Jáuregui, como hemos inferido de las investigaciones previas, fue una mujer ilustrada, decidida, valiente, con un estatus social considerable, y con una visión de futuro muy acertada. Ya mencionamos que, durante el siglo XIX, la principal publicidad que realizó fueron los anuncios que se insertaban en los periódicos, un recurso de comunicación de masas que se convirtió en imprescindible para rentabilizar muchos negocios, aunque los lectores aún fueran escasos y se correspondieran con las clases altas y más adineradas. Un signo de modernidad y cambio social, el de la publicidad, que dejaba atrás el reclamo del mercado o la difusión boca a boca de productos y servicios, convirtiéndose el desarrollo de la publicidad en algo decisivo para la consolidación de la prensa [2].

Jáuregui, que utilizó este recurso para publicitar sus servicios profesionales y la escuela libre de matronas, dio un paso más con el convencimiento de que la prensa tendría una influencia significativa en la opinión pública por su alcance y forma de impactar en la percepción de la realidad. Intentó a través de su campaña en prensa que fuera escuchada la voz de las matronas silenciadas por su condición de género y sujetas a una campaña de desprestigio por parte de los cirujanos que querían arrebatar el terreno de la Obstetricia sustentada por mujeres desde tiempos inmemoriales. Creyó que la mejor forma de hacer esto era exponer ante la opinión pública, a riesgo de un vituperio personal y profesional por parte de los médicos cirujanos

señalados, razonamientos que justifican la solicitud de mejoras formativas y profesionales para el futuro inmediato y posterior de las matronas.

Cuestionamiento de la existencia de las matronas

Como refiere Carmen Álvarez Ricart en su obra *La Mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*, los problemas que hacían referencia a las comadronas o matronas fueron bastante distintos a los que se referían a las mujeres médicos, pues en este caso se trataba de ver si la mujer debía o no incorporarse a una profesión hasta entonces privativa del hombre, mientras que en el caso de las matronas se trataba de una profesión creada precisamente para la mujer y desempeñada desde tiempos inmemoriales [3].

Hasta el siglo XVIII en España, las parteras, o comadres entonces, no habían sido objeto de cuestiones referentes a la conveniencia de su existencia, y menos el campo de sus atribuciones respecto a los cirujanos; la disrupción de esta situación mantenida desde que el mundo es mundo se empieza a gestar (en España) a mediados de este siglo, cuando los médicos cirujanos quieren copar el campo de la Obstetricia, siempre desdeñado por ellos, para lo que necesitan relegar y subordinar a las parteras. Esta ruptura significativa con la tradicional asistencia femenina a los partos se inicia en 1750 [4] con el inicio legal del ejercicio de los parteros, y en 1787 [5] cuando se estipula la formación reglada para matronas a través de los Colegios de Cirugía.

De todos los cambios legislativos referentes a las matronas acaecidos hasta la época en que se enmarca la actividad de Pilar Jáuregui, remitimos a los lectores al número anterior de esta revista [1].

La irrupción y posicionamiento de los cirujanos en el ámbito médico

Pese a la introducción de algunas mejoras docentes, durante el siglo XVIII las facultades españolas de Medicina continuaron apegadas a la enseñanza de conocimientos abstractos basados en la erudición libresca [6].

Recordemos que la cirugía no siempre se ha considerado una práctica médica y desde luego en la antigüedad no gozaba del prestigio merecido que hoy tiene. La separación entre cirujanos y médicos se hizo ya patente en la sociedad romana donde existían dos clases de médicos: los *medici chirurgici* y los *medici clinici*. Esta separación se consolidó en la Edad Media donde la cirugía no se incluía en la formación reglamentada de los médicos, que comenzó en el albor de las universidades. Solo los avances en el campo de la anatomía facilitaron la aproximación de la medicina y la cirugía, practicada por entonces por los cirujanos barberos

y los practicantes, hasta su unión dentro de una misma disciplina médica unos siglos después. El creciente interés de la clase médica por la práctica quirúrgica, aun siendo todavía reducido, desembocó en un conflicto competencial con los cirujanos barberos (de los que descenden, entre otros, los podólogos y los odontólogos) que hasta entonces se habían encargado de custodiar el conocimiento de los actos quirúrgicos de generación en generación desde la época medieval. El desenlace de este conflicto fue la unificación paulatina de los dos gremios en toda Europa y el reglaje de los estudios de cirugía a partir del siglo XVIII [7].

La ambición de los cirujanos por el ascenso socio-profesional no tuvo límite: su meta era ser considerados médicos, para lo cual trazaron una ruta muy firme y determinada de reclamaciones y presiones al gobierno, incluso descaradas y grotescas, entre las que llegaron a solicitar la suspensión de la formación de matronas (y practicantes). Petición justificada por su objetivo de acaparar la asistencia obstétrica para así descartar a las parteras, convencidos de que eran unas rivales poderosas por su condición de poseedoras de un corpus de conocimientos teórico y práctico, aunque empíricos, transmitido por generaciones, frente a ellos que solo habrían intervenido en el parto en casos de lo que se conoce como obstetricia destructiva.

Los propios médicos "puros" vieron con infinito recelo y combatieron las pretensiones de los cirujanos, despreciados y considerados por ellos inferiores y, obviamente, sin derecho a la entrada en su exclusivo Sanctasanctorum del ámbito de la Medicina. Sin embargo, los cirujanos lograron la mayor parte de sus pretensiones, y buena cuenta de ello se recoge en el libro *La profesión médica en España*, expresada en el fragmento titulado "Polémica con la formación de cirujanos que quieren ser médicos" que, por su interés y extensión, incluimos en el dossier de cartas adjunto a este trabajo. Este libro fue editado en fragmentos, en la revista *El Siglo Médico*, como forma de no tener que costearse el autor (médico) la autoedición [8].

No creemos que sea injusto ni impreciso afirmar a la vista de los hechos que "la vía uterina fue la entrada de los cirujanos al mundo de la obstetricia", sentencia que se acuñó en correspondencia con la moda instaurada a partir del parto más famoso asistido por el cirujano francés Julien Clément. A él se le ha otorgado el reconocimiento de primer cirujano partero de la historia. Su atención discreta en varios partos clandestinos, en Francia, consiguió finalmente su encumbramiento con la asistencia a la amante del Rey Luis XIV. Sacombe, con la ironía que le caracterizaba y un desprecio indisimulado hacia Clément, escribió sobre su meteórico ascenso: "*Clément debió su popularidad e influencia al azar; enriqueció el arte menos de lo que el arte lo enriqueció a él. Clément amasó una fortuna donde muchos amantes se arruinan*" [9].

Lo cierto es que, de esta forma, la práctica de la asistencia al parto por cirujanos se convirtió en moda de la élite y superando prejuicios y tradición, de Fancia, se exportó al resto de países europeos.

La campaña de desprestigio contra las matronas

Mientras la ola de la modernidad se difundía por Europa, en España, Julien Clément en 1713 asistió el parto de María Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felipe V, un acto muy simbólico este de cambiar la asistencia de parteras por un cirujano varón, lo que marcó una vía a seguir al gremio de cirujanos.

A partir de la formación académica de los médicos y cirujanos como parteros se inicia una campaña desleal por parte de estos en periódicos, los primeros libros de texto de Obstetricia y cabe pensar que en el "boca a boca" contra las comadres o parteras; una campaña difamatoria de marcado carácter narcisista colectivo, contra su conocimiento y prácticas, en favor propio. Los médicos se niegan a respetar el espacio de las matronas, poniendo sus ojos algunos de ellos en este campo, pero aún más combativos son los cirujanos que son un gran número. En ambos casos, su género les permite la manipulación social para intentar desacreditar un oficio arcaico, arruinar la reputación de las parteras, quitarles el apoyo social para erigirse en los salvadores de las madres y sus hijos. Con un desprecio absoluto hacia los derechos de las matronas por su condición de mujeres y practicantes del Arte y con el único afán de encontrar un medio más rentable para su existencia y estatus profesional, pusieron los ojos en la esfera de la tocología. Mentiras, manipulación, engaño social, apuntando a los puntos débiles de las parteras con mensajes exagerados cuando no inventados, encubrimiento de sus puntos fuertes en la asistencia obstétrica; unido a la soberbia, ambición socio-profesional y económica y el poder que les otorgaba el género, a pesar de que también hubieron de lidiar por sus pretensiones contra los médicos, pero lo indudable es que las parteras por el hecho de ser mujeres no eran un adversario imposible de vencer y consiguieron el objetivo, aunque no su supresión como intentaron. (Ver artículos relacionados en el dossier final [14-19]).

Ya en el primer texto encargado para la instrucción de matronas se ve la descalificación hacia ellas como preludio de una campaña que justificara la pretendida y sorprendente suplantación de médicos cirujanos por las matronas, que tradicionalmente habían ejercido de forma exclusiva en este campo. Medina, encargado por el Protomedicato de este libro para instrucción de las matronas en el extenso prólogo, da cuenta de la larga e inmemorial asistencia de las parteras: "*...aunque no es fácil el origen (se refiere a las parteras) no se debe dudar que su necesidad tiene casi igual antigüedad a la del mundo*" [10].

Hace una larga revisión histórica en que muestra la presencia de las matronas desde que el mundo es conocido: *"de todo lo cual clarísimamente se infiere, no solo que la necesidad y precisión introdujo en el mundo este oficio, sino también que con la más madura reflexión y prudencia se estableció por costumbre, y por ley, fuese el partear, ejercicio de las mujeres"*.

Y a renglón seguido, reconociendo que anteriormente no habían existido los parteros o comadrones, introduce la justificación de su aparición en escena basada en el desprestigio de las parteras: *"...solo por abuso cohonestado con la impericia, y desconfianza de estas, en desprecio del mayor recato se han introducido los hombres comúnmente a practicarlos..."*.

Finaliza con una sentencia que requiere análisis: *"Con esta famosa providencia se espera recobren nuestras Matronas españolas aquel famoso crédito que tuvieron en lo antiguo, que tengan en ellas, las que paren, la conveniente confianza y goce el Público del consuelo y satisfacción de no exponer sus mujeres al arbitrio de gentes sin pericia ni práctica"*.

No sabemos dónde ni cómo las matronas perdieron el crédito *"que tuvieron en lo antiguo"*, al que alude el autor; nos cabe pensar que, aun sin instrucción formal, la mayoría con pericia y práctica en su campo, algo que no tenían los recién llegados cirujanos, habían venido ejerciendo de esta forma, y nadie había levantado la voz en contra. Pensamos que solo cuando se fragua la introducción de los cirujanos en la asistencia a la mujer con la imposición legislativa de formación a las matronas impartida por médicos, lo que requería un gran cambio de asunción por parte de la sociedad sujeta a la tradición, las costumbres y la moralidad imperante, determinaría no solo la legalidad del ejercicio de los varones en esta área de salud sino, además, estratificación profesional de las matronas subordinadas a ellos.

Artículo de periódico sin firma, pero presumiblemente de autoría de un cirujano ya que expone un nefasto desenlace de un parto y la intervención de uno de ellos; en cualquier caso, el redactor no se contiene en descalificaciones a la partera mencionada y, por extensión a todo el gremio, sorprendiendo la superioridad moral y profesional que arrojan al gremio de cirujanos y el desprecio más absoluto hacia el de las parteras como se recoge en el siguiente texto:

"... Declamar contra el gremio perjudicial de Parteras que no saben lo que deben saber: y contra la necia confianza que en ellas tienen las mugeres. ¡Oh Señor, dicen estas, que un Cirujano cuesta mucho a una pobre! Respondo lo primero, que más cara sale la muerte; y lo segundo, que también hay Cirujano que asistirá graciosamente a las pobres verdaderas: y sino que acudan a la Academia de

Cirugía. ¿Y que será de nosotras (dicen las Comadres) si nos falta el medio de vivir? Respondo lo primero: más vale morir de hambre que comer matando al próximo: lo segundo: aprender otro Oficio, ó acudir las Juntas de Caridad, que las socorrerán por tal de que no malogren la propagación de la especie humana" [11].

Otros manifiestan abiertamente el deseo de que las matronas desaparezcan por el peligro de que quiten el terreno a los médicos, una cuestión de rivalidad y consecuencia, de que la mujer no fuera considerada como sujeto de derechos, teniendo el concepto de que ciertos puestos de trabajo profesional pertenecían exclusivamente a los hombres:

"En cuanto a las matronas no decimos nada, porque aún en Madrid, que es donde creemos se hayan matriculado más, ningún año pasan de seis: no son nuestras mujeres españolas, como las inglesas y alemanas, y por consiguiente no hay que temer que nos hagan daño en nuestras carreras ni destinos profesionales" [12].

Y cualquier intento de mejorar la formación de las matronas era dura y despreciativamente cuestionado: [13]

"Algunos dijeron en su tiempo que los ministrantes no debían recibir su instrucción en la Facultad porque se creerían médicos hechos y derechos con solo entrar y aprender en este edificio. Las matronas, ¿no se crearán desde luego doctoras licenciadas ó bachilleras? Pobre imaginación, que no tiene más fuerza de argumento, y logra solo decir una sin in razón que niega el buen sentido. Piense sobre este asunto la superioridad; mejore como puede y debe ambas enseñanzas, conduciéndolas más a la perfección y á su verdadero objeto, que al monopolio y al proteccionismo" (Ver artículos relacionados en el dossier final [14-19]).

La profesión médica, en castizo la *clase médica*, es la profesión por antonomasia. Su gran lucha por diferenciarse del brujo, del hechicero y del sacerdote, se vio premiada a partir de la Edad Media por el reconocimiento por parte del Estado de un *status* especial. La propia profesión era la única con derecho exclusivo a poner en tela de juicio su práctica curativa, y la única legalmente permitida para autoeducarse y decidir sobre las personas que la irían a ejercer [20].

Son ellos mismos los que controlarán la formación de las matronas y esta, en ningún caso, puede poner en riesgo la suya, el método: educación discriminatoria y sexista que algunos han dado en llamar segregada, instruían a las alumnas de matronas en la dependencia, subordinación y supeditación a las órdenes médicas, sin importarles su formación que era bien escasa [1].

Desde la sociología se afirma que de las relaciones médicas con el poder establecido, o sea con el Estado, la profesión médica ha sido uno de los grupos profesionales más claramente favorecidos. Su autonomía y el poder que esta le otorga es utilizada para la generación de más poder, convirtiéndose así en una de las "sociedades paralelas" de más influencia en nuestra sociedad [20].

Ese fue el trampolín que permitió a los médicos arrebatarse a las parteras la asistencia obstétrica, y además subordinarlas y supeditarlas, impidiendo su desarrollo. La profesión gineco-obstétrica, como actualmente está configurada, no hubiera necesitado de la entrada de obstetras, las propias matronas, si hubieran tenido acceso a formación elevada e investigación y sin otras cortapisas sociales, hubieran desarrollado la ciencia sobre el sustrato de conocimientos y empíricos y de manejo que ya atesoraban, de lo que, por otra parte, carecían los cirujanos. Hoy nadie puede poner en duda la capacidad intelectual de la mujer, que por mucho tiempo le ha sido negada junto con la igualdad de derechos que le asiste, circunstancias ambas que frenaron el avance de la ciencia gineco-obstétrica en manos de las matronas.

Objetivos

Exposición y análisis crítico de las polémicas suscitadas por las lícitas pretensiones del cambio en la formación de matronas.

Reivindicar la acción de Pilar Jáuregui en favor del desarrollo de las matronas a través de sus escritos en prensa.

Hacer notoria la campaña de desprestigio contra las matronas como medio de ascenso a la Obstetricia, por parte de los médicos-cirujanos.

Material y método

Se realizó una investigación bibliográfica a través de la Hemeroteca Nacional Digital y Hemeroteca virtual de la Prensa Histórica, el repositorio internacional HathiTrust Digital Library y la Biblioteca Digital de Google. En una primera fase y utilizando las palabras clave: "matronas, parteras", se hizo una búsqueda de artículos en prensa médica que corroboraran la campaña de acoso sufrida por las matronas a partir de 1800 por médicos-cirujanos hasta poner en riesgo, incluso, la continuidad de la profesión de matronas. Solo se incluyen algunos suficientemente relevantes.

La segunda fase fue la de localizar todos los artículos y las cartas firmados por Pilar Jáuregui de Lasbennes como articulista en prensa y las réplicas a sus intervenciones.

La tercera fase, tras la redacción del artículo, elaborar un dossier con la transcripción íntegra de los documentos encontrados objeto de esta investigación, para facilitar la accesibilidad de los mismos para su consulta y lectura al

lector, y extraer sus propias conclusiones, que se presenta mediante acceso en un enlace al final del trabajo.

En total se han encontrado dos cartas firmadas por Pilar Jáuregui y cuatro artículos, más uno no encontrado pero referenciado en varias publicaciones. En contestación y participando del debate, se han localizado dos cartas, una nota adjunta y cuatro artículos que han ocupado páginas de, al menos, ocho periódicos médicos y cuatro periódicos de información general, incluido uno de Manila.

Pilar Jáuregui y su campaña en prensa a favor de la profesión de matrona

Nota: por razones de espacio, a todas las cartas encontradas y relacionadas se puede acceder mediante enlace al final del artículo.

Según refiere Carmen Álvarez Ricart en su obra *La mujer como profesional de la Medicina en la España del siglo XIX*, y nuestra búsqueda lo refrenda, al no encontrar artículos anteriores en las hemerotecas consultadas, su campaña en prensa empieza en febrero de 1873. En su primer artículo publicado en *La Reforma Médica*, aboga por que las señoras puedan ejercer la Obstetricia, algo que el cronista juzga de atinadas las razones que expone y la felicita cordialmente por ello [3].

Este artículo mereció el aplauso como se recoge en algunos periódicos y no solo eso, sino que empezaba a generar conciencia y opinión social de un problema del que la sociedad no era consciente: "Nos parece bien. *La Reforma Médica* ha publicado un curioso artículo de la profesora en partos doña Pilar Jáuregui, abogando porque la obstetricia sea ejercida por las señoras competentes autorizadas" [21].

Lo mismo se lee en este. "BUEN ARTÍCULO. *La Reforma Médica* correspondiente al mes de febrero, trae un curioso artículo de la distinguida profesora en partos, doña Pilar Jáuregui, abogando por que la obstetricia sea ejercida por las señoras competentemente autorizadas. Las atinadas razones que para probar esta conveniencia aduce, son dignas de nuestra loa, por lo cual la felicitamos cordialmente" [22].

El siguiente hallado corresponde a una carta publicada en *El Anfiteatro Español* en la que Jáuregui reitera su petición fundamental de que pudieran acceder a la formación de matronas no solo las casadas o viudas, sino las solteras como en tantos países de mundo y así en parte evitar el intrusismo de las parteras no instruidas.

El periódico *Crónica Meridional* se hace eco de sendas cartas y el corresponsal añade que "con gran copia de razones ha hecho ver lo útil de este pensamiento, así como el de que haya como en París y otras capitales, parteras tituladas por distritos para aliviar a las pobres en casos urgentes y perentóreos" [23].

Por el artículo siguiente que hemos rescatado y que Pilar Jáuregui titula "Justicia y nada más" (en dossier) [24], parece que esta precedente carta se difundió en algunos periódicos más, no encontrados, habida cuenta de que las hemerotecas no tenían la obligación entonces de guardar todas las ediciones y parte de ellas también se perdieron durante la guerra civil. En él, la misma autora da fe de esta difusión previa y continúa de sus acertadas peticiones, utilizando un tono discreto o cuasiumiso, no sabemos si por convencimiento o como maniobra diplomática, concedora de la más que probable oposición que generaría entre los médicos y las trabas gubernativas existentes, para dotar, además, de protección a la maternidad española con matronas de beneficencia.

El redactor encabezaba el artículo de la siguiente manera: *"Publicamos con el mayor gusto, el siguiente artículo, de la Sra. Doña Pilar Jáuregui de Lasbennes, aventajada y caritativa profesora en partos, que reúne a una sólida instrucción, un celo admirable por el brillo de la obstetricia, como lo ha de mostrado en su vida profesional y en los diferentes artículos de que hace referencia en este trabajo. Las razones que en él expone merecen alguna importancia, para que esperemos que nuestros apreciables colegas apoyarán su proposición, como lo hacemos nosotros, con lo cual se conseguiría en España un aumento más de luces y de auxilios para las parturientas pobres"* [24]. Al menos en el periódico profesional *El Genio Médico-Quirúrgico* también se publicó esta carta [25], lo que da prueba de su difusión en el ámbito médico.

A finales de 1875, con el título "Algunas palabras acerca de las matronas parteras y lo conveniente de su institución" (en dossier) encontramos un artículo publicado sin la firma de Jáuregui [26], aunque se lo podemos atribuir puesto que en la edición del día siguiente [27] aparece un señalamiento de errata que dice: *"En el artículo que ayer publicamos referente a matronas, se omitieron por descuido las siguientes palabras: ... á los adelantos de la ciencia, y rogamos a sus consejeros que secunden estos sentimientos. Pilar Jáuregui de Lasbennes"*.

Esta autoría es corroborada por otros periódicos [28], que se hicieron eco de tal publicación, incluso por el *Correo de Manila* [29], en cuyos encartes resumían el contenido de la carta: *"En el periódico ilustrado el Globo ha publicado hace pocos días un artículo a distinguida profesora en partos doña Pilar Jáuregui de Lasbennes, acerca «de las matronas y parteras y lo conveniente de su institución». En dicho trabajo se encarece la necesidad de que desaparezcan las trabas que impiden en la actualidad á las mujeres solteras consagrarse a esta profesión, en la cual podrían proporcionarse un honroso medio de subsistencia y ser de gran utilidad para la clase proletaria, distribuidas por distritos. También da las gracias a S. M. el rey por haber concedido esto permiso á una joven soltera, cuya*

merced pide sea extensiva a todas". En una siguiente búsqueda encontramos el mismo artículo publicado en *Pabellón médico* con su firma [30].

Entrado 1876, encontramos la carta titulada "Reformas útiles y necesarias relativas a la Obstetricia e Institución de las matronas" [31] (en dossier), en la que se declara consciente de la inferioridad del peso de sus demandas frente a la fuerza de los cirujanos y el temor que esto le produce, aunque se congratula *"del aplauso de ilustrados profesores, y de revistas médico científicas, que gozan en nuestro suelo y fuera, de la merecida reputación; pero hemos de confesar con ingenua franqueza que esto no llena de modo alguno nuestros deseos. No buscamos plácemes ni aplausos, porque no son nuestra vanidad ni nuestro peculiar interés los móviles que nos guían; guíanos, por el contrario, un vivísimo celo por los intereses generales y por el bien público; ansiamos reformas, y tras ellas vamos aspirando como único fin de nuestros afanes verlas realizadas"*. Mantiene sus peticiones iniciales perfectamente razonadas, aunque nuevamente nos sorprende su asunción o ¿acaso resignación falsa? de las limitaciones impuestas a las mujeres por condición de género; habla incluso de menor fuerza de voluntad que el hombre, sean las que impidan a la mujer convertirse en médicos-cirujanos, aceptando nuevamente el papel de subordinación a los médicos como matronas solo aptas para el parto normal.

De esta carta hemos encontrado mención y aplauso en otra publicación como puede leerse:

"La tan activa como acreditada matrona Pilar Jauregui publicó tiempo atrás un bien escrito artículo en el Globo, donde siguiendo la cruzada que con tanto interés ha emprendido para el arreglo de la institución á que pertenece solicita las siguientes reformas:

Por hoy nos limitaremos a consignar estas aspiraciones que nos parecen loables y dignas de ser atendidas; otro día con más tiempo y espacio, trataremos detenidamente el asunto" [32].

No hemos encontrado ninguna carta más de Jáuregui hasta 1878, justificando este tiempo de silencio por su trabajo como matrona y ya profesora de la Escuela Libre en el Museo Antropológico del Dr. Velasco y acaso, deducimos, también por la feroz y encarnecida polémica ya suscitada por los detractores de las matronas de la que hablaremos en el siguiente apartado. Incluimos en el dossier las réplicas a Jáuregui y a quien defendió sus peticiones para que nuestra consideración no se pueda juzgar de faltar a la verdad, siendo los interesados en el tema, tras su lectura, quienes juzguen. Esta última carta de la serie epistolar que Jáuregui difundió a través de la prensa, la tituló "Una opinión" [33] (en dossier) y en ella rememora su campaña para que las matronas recibieran del gobierno la suficiente protección, con los requerimientos que desde el principio

había solicitado y los razonamientos fundados que esgrimía, aunque de nuevo impresiona a los ojos actuales, tras el cambio social experimentado en favor de políticas feministas, su asunción de género débil.

Nunca sabremos desgraciadamente si también Jáuregui fue una mujer sumisa, convencida u obligada como las de su época o si por el contrario, fue una "resignada táctica" cuya inteligencia y comprensión del poder del adversario la conminó a mantener esa postura de evitar el enfrentamiento abierto con los médicos y las instituciones. Pilar Jáuregui, sin provocaciones ni desafíos, aprovechó la prensa como mejor herramienta de comunicación, generadora de diálogo y opinión, mantuvo un trato respetuoso y empático con las instituciones y adversarios potenciales y declarados, no cedió a las provocaciones que, muchas, sufrió...; con su celo, perseverancia y decisión, abrió la puerta a reformas que, injustamente dilatadas en el tiempo, fueron llegando para las matronas, demostrando que la verdadera fuerza está en la razón evitando la confrontación.

Las réplicas a Pilar Jáuregui

Encontramos la primera contestación, que no réplica, a las publicaciones de Pilar Jáuregui, ya que el articulista conviene con ella en muchos puntos, en *El Siglo Médico*, firmada con las iniciales R.V. sin que desgraciadamente hayamos podido averiguar su identidad, salvo que era periodista médico nos hace suponer, con bastante probabilidad, que fuera médico. Con trato exquisito y lenguaje refinado explica el porqué no se han publicitado anteriormente en ese periódico las cartas de Jáuregui, a la que adjetiva de "apreciable articulista", haciendo un repaso de la Obstetricia en España, título del propio artículo [27]. En esta extensa crónica revela la escasa formación y desinterés de los médicos que desde 20 años atrás pueden ejercer el arte de partear y la escasez de parteras o matronas, a la vez que denuncia a quienes sin formación atienden partos, así como la carente formación en Obstetricia de unos y otras y la necesidad de allanar las trabas a las matronas respecto a la edad y estado civil y la creación de matronas de beneficencia para la asistencia como reclama Jáuregui. Es una carta, francamente loable y respetuosa con las matronas, fiel a la verdad y denota un conocimiento profundo del estado de la Obstetricia en España apenas sustentada por matronas y acusa a los médicos cirujanos por sus intentos de acaparar el terreno tocológico, al menos, las asistencias que les reporten importantes beneficios y les aseguren su estatus como superiores en el Arte del Parto.

Este nombrado R.V., con su primera intervención, va a ser objeto de replicas coléricas por parte de la Real Academia de Medicina de Madrid, y especialmente del Dr. Francisco Cortezarana Senador, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, consejero de Instrucción Pública, director general

de Sanidad y un largo etcétera (1835-1919). Este médico fue absolutamente beligerante con las peticiones de Pilar Jáuregui y cuantas opiniones iban en su apoyo; además se manifestó no con el poder de la razón y la verdad, como antes lo hiciera R.V., o Jáuregui, sino con indisimulado desprecio a esta y a todo el gremio de matronas y a su arte, desde la supuesta consideración de la superioridad que se autoarrogaba como médico y varón, con un marcado y evidente tinte misógino hacia todas las mujeres, pero en extremo despreciativo y furibundo contra las matronas.

Sin embargo, su airada réplica tuvo contestación por R.V. de una forma pausada y con razonamientos de peso, que dejaron al descubierto, las pretensiones interesadas de Cortajarena y su gremio, a la vez de su catadura moral, su prepotencia, su ambición profesional, y el creciente corporativismo de los miembros de la novel Asociación de Ginecología. Al paso del Dr. Cortajarena salió otro anónimo articulista que pudo demostrar a la vez que tan absurda y pretenciosa posición, como el tomo amenazante y descalificador utilizado, rayaban en el ridículo.

La intervención de Dorotea Porqueras, presidenta del Colegio de Profesoras de Partos de Madrid en la "disputa epistolar" generada, no hizo más que apostillar las deficiencias a subsanar en la formación de matronas, como solicitaba Jáuregui.

Discusión

- La misoginia médica fue la impulsora del cambio en la asistencia gineco-obstétrica a partir del siglo XVIII.
- La ambición de los varones médicos, cirujanos, por copar a partir del siglo XVIII este terreno de la medicina, fue al objeto de lograr un reconocimiento en el mundo médico y el ascenso social, al margen del derecho de las mujeres a la atención a su salud sexual y reproductiva y los derechos de las matronas a formación y empleo instando mediante políticas discriminatorias guiados por su propio interés y beneficios desde la más absoluta desconsideración y respeto hacia la consideración de la mujer y, en especial, de las matronas.
- Es notoriamente manifiesta la ginopia intentada por médicos y cirujanos frente a las matronas no solo por misoginia, si no, y además, por recelo y rivalidad a fin de perpetrar la suplantación de actividad y ejercicio millenarios de las matronas por la suya.

Conclusiones

- La desigualdad y el machismo en el colectivo médico fueron los elementos que ayudaron a los varones, médi-

cos y cirujanos, a su entrada en el terreno gineco-obstétrico y la subordinación de las matronas.

- La denigración, el rechazo, la discriminación y la violencia contra las matronas por parte de los varones, médicos y cirujanos, fundamentalmente, fueron los elementos clave de una campaña bien orquestada para el cambio de manos de la práctica gineco-obstétrica.
- La lucha de Jáuregui contra una reglamentación obsoleta, discriminatoria y partidista a favor de los varones, los prejuicios contra las mujeres en general y en concreto contra las matronas, fueron la motivación para intentar lograr el respeto y empoderamiento profesional de las matronas a través de la mejora de su formación y el ejercicio competencial de su actividad.
- Pilar Jáuregui se reveló contra las prácticas propias del androcentrismo y corporativismo médico, valientemente expuso a la luz a través de la prensa su defensa de las matronas con razones, generando una corriente de opinión pública cuya fuerza colectiva fuera influyente en la política, la cultura y la toma de decisiones sociales.
- Las matronas no solo por su condición de mujeres o precisamente por ello, ha sido la profesión más agraviada por razón de género de la historia.

Para descargar el dossier con la documentación citada en este artículo, pulse aquí.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

- [1] Plata Quintanilla RM, Cancelo Lama RM. Pilar Jáuregui de Lasbennes y la Escuela Libre de Matronas. *Matronas Hoy* [internet] 2026 [citado 8 ago 2026]; 14(1):14-31. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2026/04/Matronas-14-1-abr-ago-2026-baja.pdf>
- [2] Montero Gracia M. La Publicidad en la Segunda Mitad del Siglo XIX: Los anuncios publicados por la prensa Bilbaina. *Sancho el Sabio*. 2019; 42:7-32. doi: <https://doi.org/10.55698/ss.v0i42.248>
- [3] Álvarez Ricart MC. La mujer como profesional de la Medicina en la España del siglo XIX. *Anthropos*. Barcelona: Editorial del Hombre; 1988.
- [4] Boletín Oficial del Estado (BOE). Novísima Recopilación de las Leyes de España, Tomo IV. [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-LH-1993-63_4
- [5] Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/real-cedula-de-sm-y-senores-del-consejo-en-que-se-aprueban-y-mandan-observar-las-ordenanzas-formadas-para-el-gobierno-economico-y-escolastico-del-colegio-de-cirurgia-establecido-en-madrid-con-el-titulo-de-san-carlos/>
- [6] Jori G. Saberes prácticos y reforma sanitaria en la España del siglo XVIII. La contribución de las Academias de Medicina. *Biblio3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. [internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2016. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/b3w-1156.pdf>
- [7] Alcalá Sanz J, Alcalá Sanz A, Ahumada Bilbao J, Morilla Segura M. Breve Historia de la Cirugía. Hitos del desarrollo de la cirugía moderna. *Rev Esp Pod*. [internet] 2012 [citado 10 ago 2026]; 23:176-82. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-podologia-224-articulo-breve-historia-de-la-cirurgia--X0210123812502807>
- [8] Sanson y Portillo J. La Profesión Médica en España. El siglo médico: revista clínica de Madrid. *Real Academia de Medicina, Sociedad de Socorros Mutuos* [internet] 1877 [citado 10 ago 2026]; 24:1202-53. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5323284041&seq=565&q1=JOS%C3%89+SANSON+Y+PORTILLO>
- [9] Witkowski GJ, Steinhell G. Accoucheurs et sage-femmes célèbres. *Steinheil Éditeur* [internet] 1891 [citado 10 ago 2026]; 142-43. Disponible en: <https://archive.org/details/accoucheursetsag00witk/page/112/mode/2up>
- [10] Medina A. Cartilla nueva, útil, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear [internet]. Oficina de Antonio Sanz, 1750 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5324323633&seq=5>
- [11] Diario pinciano [internet] 5/12/1787 página 5. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=e8224c4c-bce9-4e3c-8d84-4a590016f315&page=5>
- [12] El Genio Médico Quirúrgico. [internet]. 22/3/1865, nº 479. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=3a479108-201d-4902-b60f-b22ae8877371&page=15>

- [13] Clínica (Madrid. 1862). [internet] 19/6/1865 [citado 10 ago 2026] nº 3. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=fca2eb66-697c-40cc-9186-a601054e0358&page=15>
- [14-19] En dossier.
- [20] Rodríguez JA. El poder médico, desde la sociología. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1981; (14):95-112. doi: <https://doi.org/10.5477/cis/reis.14.95>
- [21] El Pabellón Médico. [internet] 1873 [citado 10 ago 2026] Nº 573. Año XIII pag.192. Disponible en: https://www.google.es/books/edition/Pabell%C3%B3n_m%C3%A9dico/LmlbAAAAcAAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Pilar+Jauregui&pg=PA192&printsec=frontcover
- [22] El Anfiteatro anatómico español [internet] 1873 [citado 10 ago 2026] Tomo 1, Nº 6. pag.75. Disponible: https://www.google.es/books/edition/El_Anfiteatro_anat%C3%B3mico_espa%C3%B1ol/2JKRY_SPCjIC?hl=es&gbpv=1&dq=Pilar+Jauregui&pg=PA75&printsec=frontcover
- [23] Crónica Meridional: diario liberal independiente y de intereses generales [internet] 1874 [citado 10 ago 2026] Año XV Número 4408. Pag. 2. Disponible en: <https://prensahistorica.mcu.es/es/consulta/registro.do?id=10002136393>
- [24] El Genio Médico Quirúrgico [internet] 1874 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=d0f41da4-6800-403c-b7a2-be54b1705c4a&page=12>
- [25] Pabellón médico: revista científica y profesional de medicina, cirugía y farmacia/Academia Médico-Quirúrgica Española [internet] 1875 [citado 10 ago 2026] Vol. 15, n. 652-99. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5324279440&seq=522&q1=%22pilar+jauregui%22>
- [26] El Globo [internet] 1875 [citado 10 ago 2026] nº 190. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=39b4d5a6-7460-4e04-b736-94bf7739e14b&page=4>
- [27] La Correspondencia de España. [internet] 1875 [citado 10 ago 2026] nº 6.525. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=5cec507c-e742-45ec-9fee-300d86b8e614>
- [28] El Comercio (Manila. 1869). [internet] 1875 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=2eff3a9b-1e1a-4466-aa91-6f6853800941>
- [29] El Globo (Madrid. 1875). [internet] 1876 [citado 10 ago 2026] nº 452. Disponible en: <https://hemerotecadigital.bne.es/hd/es/viewer?id=990d353d-bd1d-4653-8c3e-391bb8e51fe7&page=2>
- [30] Pabellón médico: revista científica y profesional de medicina, cirugía y farmacia / Academia Médico-Quirúrgica Española [internet] 1875 [citado 10 ago 2026]; 15:652-99. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5324279440&seq=522&q1=%22pilar+jauregui%22>
- [31] El anfiteatro anatómico español. [internet] 1876 [citado 10 ago 2026] Pag. 226. Disponible en: https://www.google.es/books/edition/Anfiteatro_anat%C3%B3mico_espa%C3%B1ol_y_el_Pabe/d-K5mAMHt2cC?hl=es&gbpv=1&dq=Pilar+Jauregui&pg=PA226&printsec=frontcover
- [32] Anfiteatro anatómico español y el Pabellón médico [internet] 1879 [citado 10 ago 2026]; 6:120-43. Disponible en: https://books.google.es/books?id=ZgzEPhtEdkYC&newbks=1&newbks_redir=0&dq=pilar+j%C3%A1uregui++de+lasbennes&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- [33] El siglo médico revista clínica de Madrid. [internet] 1875 [citado 10 ago 2026] Tomo 22. Ediciones 1097-1148. P. 81-5. Disponible en: https://www.google.es/books/edition/El_siglo_m%C3%A9dico/h8ID2ba1k6AC?hl=es&gbpv=1&dq=Pilar+Jauregui&pg=PA239&printsec=frontcover

Conocimiento especializado para quienes acompañan la vida desde el inicio



CURSOS ONLINE

Curso de Actualización
de conocimientos en
enfermería
Obstétrico-Ginecológica
para matronas CFC

*Avanza en tu práctica
obstétrico-ginecológica*

 **100 horas**

 **6,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso Online de
Lactancia Materna

*Acompañar la
lactancia empieza
por una buena formación*

 **110 horas**

 **5,1 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Curso de Actualización
de Conocimientos en
Enfermería de la Mujer
Online CFC

*Formación actualizada
para el cuidado
integral de la mujer*

 **50 horas**

 **9,8 créditos CFC**

 **Modalidad online**



Descubre todos nuestros cursos en www.daeformacion.com





ECHANDO LA VISTA ATRÁS

Matronas y especialidades de enfermería ¿fantasmas?

Rosa M^a Plata Quintanilla

Presidente de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

En números anteriores hicimos un extenso recorrido por el desarrollo de las especialidades enfermeras en España [1, 2], que se inició en 1952 a raíz del RD [3] que transformó los estudios de enfermería en los de Ayudantes Técnicos sanitarios. Esto fue el motivo por el que, por primera vez en la historia, la profesión de matrona en España dejó de ser una profesión independiente, para reasignarla como especialidad enfermera, contrariamente a la opinión y deseo de las matronas españolas y en contraposición a prácticamente la totalidad de los países del mundo donde sigue siendo una profesión con estudios de acceso directo.

El recién creado, en 1952, Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas, sobre el que ya hablamos en otro artículo anterior [4], a caballo con todo el engranaje organizativo de una institución nacional que arrancaba su andadura, tuvo una prioridad en mente: reformar los estudios de Matrona. Esta reforma pasaba por el incremento del tiempo de estudios y, obviamente, la modernización de contenidos de la propia carrera. Hemos encontrado numerosas referencias sobre el asunto en las Actas de dicho Consejo en su primer año de trabajo (1952):

"Se da lectura a un oficio recibido del Ministerio de Educación nacional, remitido por la Dirección General de Enseñanza Universitaria, en el que se contesta a este Consejo accediendo a la petición formulada con fecha quince de febrero, con respecto al examen de Ingreso en la Universidad para la carrera de Matrona. Dicha orden fue publicada en el Boletín Oficial del Estado, con fecha catorce de marzo. También se manifiesta haber presentado en dicho Departamento otros dos escritos más, uno pidiendo que haya una representación del Consejo en la Comisión del Nuevo Plan de Estudios y el otro pidiendo modificación en la Carrera de Matrona. También se da cuenta de haber escrito una carta al Catedrático de la Facultad de Medicina Dr. Orcoyen pidiéndole una entrevista para poder tratar del referido asunto" [5].

"La presidenta propone hacer una vista a la Dirección General de Universidades, Ministerio de Educación Nacional

con el fin de solicitar se implante lo antes posible el nuevo Plan de Estudios para Matronas" [6].

"Manifestó también la Sra. presidenta haber visitado en dicha ciudad al Dr. Ramos, director de Puericultora de Barcelona, y al Dr. Usandizaga, catedrático de Obstetricia de la Facultad de Medicina, con el que se sostuvo una larga conversación referente a nuestro nuevo plan de estudios y las aspiraciones de este Consejo a favor de la Clase" [7].

"Por la presidenta se da cuenta de haber visitado en el Ministerio de Educación Nacional al secretario del director general de Universidades y al jefe de la Sección correspondiente, en solicitud de que se nos diesen datos de las peticiones al mismo en relación con el nuevo plan de estudios de nuestra carrera" [8].

"A continuación, la presidenta hace constar que se ha recibido un oficio del Ministerio de Educación Nacional, Sección de Universidades, en el que se da cuenta de haber sido nombrada una comisión encargada de redactar el nuevo plan de Estudios para la Carrera de Matronas y dice que una vez acabadas las vacaciones se irá a visitar al Dr. Orcoyen para tratar de dicho asunto" [9].

"También se hace saber a la Junta el haber efectuado la presidenta y la secretaria una visita al Decano de la Facultad de Medicina Dr. Orcoyen, como Catedrático de nuestra asignatura, exponiéndole los puntos de vista que tenemos sobre la modificación de nuestro plan de estudios en el ejercicio de la profesión, solicitando asimismo su valiosa influencia para que se anule en el Título de los practicantes el derecho a asistir partos. Dicho señor, nos ha prometido su apoyo sobre todas nuestras aspiraciones, por haberlas encontrado lógicas y razonables y opinar él de la misma forma que el Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas" [10].

Lo cierto es que mientras las matronas del Consejo estaban ilusionadas con su futuro nuevo Plan de Estudios, en el Ministerio de Educación Nacional y en el de Universidades los derroteros estaban yendo por otro camino. En 1953



fue publicado el Decreto que unificaba los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios [11] con previsión de la creación de especialidades enfermeras, la de matrona continuó formándose como anteriormente lo había hecho hasta la aprobación del Decreto que establecía la especialización de Asistencia Obstétrica (Matronas) [12].

Aunque no existe el Libro de Actas del Consejo Nacional de 1953 hasta su disolución, el varapalo que experimentó la profesión con esta decisión política, injusta y arbitraria, y el sentimiento de engaño y desconsideración que sintieron las representantes del Consejo Nacional es comprensible. Por añadidura, a este Consejo le quedaba poco tiempo de existencia, hasta enero de 1954, momento en que ya emitida la orden de la unificación de los estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola enseñanza que habilitará para obtener el título de Ayudantes Técnicos Sanitarios, se produjo su disolución [13]. A partir de ese momento, se hacía más inaplazable el cumplimiento de lo dispuesto en la Base 31 de la Ley de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944, sobre unificación de las tres citadas profesiones de Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola organización colegial, intento que ya había sido abordado por este Ministerio en la Orden ministerial de 26 de noviembre de 1945 (Boletín Oficial del Estado de 5 de diciembre) [14] y que culminó, aunque de forma ilegal, para las matronas, en 1977 [15].

La titulación de Matrona, a partir de 1953 reconvertida a especialidad enfermera en España, primeramente, denominada Especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona) y desde 1992 hasta la actualidad Asistencia Obstétrica Gine-

cológica (Matrona), conserva su denominación "Matrona" porque es la única palabra que nos identifica y nos iguala en el mundo, y así lo determina la directiva europea a la que está sujeta la profesión [16]. A pesar del revés sufrido por este cambio impuesto, de profesión independiente a especialidad enfermera, como se sabe, ha venido impartándose ininterrumpidamente salvo en el periodo de 1987, cuando se cerraron las escuelas de matronas por imposición europea, hasta el inicio del nuevo ciclo formativo, acorde con las directrices de la UE, en 1994.

Pese a esto, la profesión siempre ha adolecido de una carencia significativa de efectivos, que actualmente ha llegado a situación crítica para atender las necesidades de la población, lo que, consecuentemente, ha impedido a las matronas desarrollar todas las competencias que su habilitación les permite. Por el contrario, como Titulación sujeta a Directiva Europea de obligado cumplimiento, sigue gozando de su desarrollo, implementación y pleno reconocimiento, tanto dentro del sistema sanitario como entre la propia población.

En el otro extremo está el resto de las especialidades enfermeras, las cuales desde 1953 han experimentado cambios, desapariciones, nuevas denominaciones, hasta el momento presente en que, junto a la de matrona, y escalonadamente en el tiempo, se han incorporado a la formación sanitaria especializada las cinco vigentes: E. S. Mental (2001), E. Trabajo (2009), E. Pediatría (2010), E. Familiar y Comunitaria y E. Geriátrica, sin que, por el momento, la Especialidad Enfermería Médico Quirúrgica contemplada en el RD450/2005 haya sido implantada [17] (Tabla 1).

Tabla 1. Planes de desarrollo de las especialidades enfermeras

Formación reglada desde 1787	Título Especialidad A.T.S. 1957	Título Especialidad Enfermería 1977	Catálogo de Especialidades Enfermería 1987	Proyecto Decreto Especialidades Enfermería Diciembre 2003	Proyecto Decreto Especialidades Enfermería Noviembre 2004	Catálogo de especialidades Enfermería 2005
Matrona	Especialidad Asistencia Obstétrica (Matrona)	Especialidad Asistencia Obstétrica (Matrona)	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
	Psiquiatría	Enfermería de Salud Mental	Enfermería de Salud Mental	Enfermería de Salud Mental	Enfermería de Salud Mental	Enfermería de Salud Mental
	Especialidad Pediatría y Puericultura	Enfermería Pediátrica		Enfermería clínica avanzada con los siguientes perfiles: Cuidados Crítico, Cuidados Quirúrgicos, Cuidados pediátricos	Enfermería Pediátrica	Enfermería Pediátrica



Tabla 1. Planes de desarrollo de las especialidades enfermeras (continuación)

Formación reglada desde 1787	Título Especialidad A.T.S. 1957	Título Especialidad Enfermería 1977	Catálogo de Especialidades Enfermería 1987	Proyecto Decreto Especialidades Enfermería Diciembre 2003	Proyecto Decreto Especialidades Enfermería Noviembre 2004	Catálogo de especialidades Enfermería 2005
Matrona	Radiología y Electrología	Enfermería de Cuidados especiales				
	Neurología Análisis Clínicos	Enfermería de Cuidados especiales				
	Urología y Nefrología	Enfermería de Cuidados especiales				
			Enfermería de Cuidados especiales			Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
			Gerencia y Administración de Enfermería			
					Enfermería del Trabajo	
			Enfermería Geriátrica	Enfermería Geriátrica y Sociosanitaria	Enfermería Geriátrica	Enfermería Geriátrica
	Fisioterapia	Diplomatura independiente				
	Podología	Diplomatura independiente				
			Enfermería de Salud Comunitaria	Enfermería Comunitaria con los siguientes perfiles: salud pública, desarrollo comunitario	Enfermería Familiar y Comunitaria	Enfermería Familiar y Comunitaria

Nadie duda de que estas especialidades enfermeras son necesarias para atender mejor la salud de la población española del siglo XXI; sin embargo, la realidad es que la mitad de las CC.AA. no tienen categorías específicas de Enfermería, esto es, ni tienen una bolsa específica de empleo, ni la categoría profesional identificada en el lugar de trabajo. Esto provoca migración interna en busca de CC. AA. en las que las especialidades (o algunas de ellas) estén reconocidas, porque lo siguiente es acabar directamente trabajando como enfermeras generalistas, cuando no emigrando al extranjero en busca de reconocimiento y oportunidades laborales.

Una incongruencia del sistema que invierte en la formación de cada enfermero especialista en torno a 40.000 euros, para que esta inversión no revierta en el Sistema Nacional de Salud (SNS), sin contar con la quiebra de las expectativas de los enfermeros que emplean su tiempo, talento y ganas para hacer las especialidades que, de momento, mayoritariamente no pueden ejercer. A estos especialistas hay que sumar los miles de enfermeros que, por la disposición de acceso excepcional en todas las especialidades menos en la de matrona, se han sumado a los que la han cursado vía EIR. La mayoría de todos ellos están en *stand by*, con su título y a la espera de un puesto reconocido.



Además, hay una lectura más: este año por primera vez se ha dictado resolución extraordinaria [18] tras la adjudicación ordinaria para optimizar la oferta formativa del SNS, a fin de cubrir 121 plazas vacantes para formación enfermera especializada en Salud Mental (37 plazas), Geriátrica (34 plazas), Familiar y Comunitaria (31 plazas), Enfermería del Trabajo (15 plazas) y Matrona (4 plazas). Este hecho, de por sí es muy preocupante, son muchas las plazas que en todas las especialidades quedaron vacantes en primera ronda de adjudicación, incluso para la de matrona, aunque en menor número; además hay que añadir los abandonos que, de hecho, se producen una vez iniciadas las diferentes especialidades.

Es urgente que se reordene el SNS y las especialidades enfermeras tengan buen nivel de formación, empleabilidad y reconocimiento retributivo, si no el interés por las especialidades decaerá y se seguirá gastando dinero a fondo perdido a la vez que se acumulan enfermeros especialistas "fantasmas", sin función, con expectativas profesionales absolutamente maltrechas a la vez que se pone en evidencia la nefasta gestión del sistema sanitario, demostrando su incapacidad para que los aportes ciertos e indudables de la enfermería especialista redunden en beneficio de toda la población (Tabla 2).

Tabla 2. Número de plazas de especialidades enfermeras ofertadas 2010-2026 (convocatoria en el año para acceso en el siguiente)

	Matrona	E. Salud Mental	E. Trabajo	E. Pediátrica	E. Familiar y Comunitaria	E. Geriátrica
1993	174					
1994	86					
1995	161					
1996	101					
1997	183					
1998	97	21				
1999	197	55				
2000	117	71				
2001	204	82				
2002	229	84				
2003	297	101				
2004	314	107				
2005	320	111				
2006	357	124				
2007	355	133				
2008	414	149				
2009	455	154	12			
2010	461	178	13	52	132	12
2011	458	198	15	98	219	14
2012	425	188	22	105	214	11
2013	423	182	21	105	244	13
2014	374	181	19	135	267	11



Tabla 2. Número de plazas de especialidades enfermeras ofertadas 2010-2026 (convocatoria en el año para acceso en el siguiente) (continuación)

	Matrona	E. Salud Mental	E. Trabajo	E. Pediátrica	E. Familiar y Comunitaria	E. Geriátrica
2015	366	183	14	112	278	15
2016	368	183	17	114	293	19
2017	375	193	18	128	316	21
2018	379	203	18	133	339	20
2019	401	245	62	188	521	46
2020	412	255	62	201	687	66
2021	420	285	68	223	748	78
2022	437	311	74	234	824	81
2023	469	330	87	246	891	85
2024	451	351	93	265	919	92
2025	477	356	108	275	964	99
2026	481	366	115	278	974	99
TOTAL Vía EIR	11.238	5.380	838	2.892	8.830	782
TOTAL Vía extraordinaria		6.741	7.841	8.500	13.737	5.676

Bibliografía

- [1] Plata Quintanilla RM. Echando la vista Atrás. Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades enfermeras (1ª parte). Matronas Hoy. [internet] 2023 [citado 10 ago 2026]; 11(2):52-9. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/270/las-matronas-en-el-contexto-del-desarrollo-de-las-especialidades-enfermeras-1a-parte/>
- [2] Plata Quintanilla RM. Echando la vista Atrás. Las Matronas en el contexto del desarrollo de las Especialidades enfermeras (2ª parte). Matronas Hoy. [internet] 2023 [citado 10 ago 2026]; 11(3):71. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/279/las-matronas-en-el-contexto-del-desarrollo-de-las-especialidades-enfermeras-2a-parte/>
- [3] Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE [internet] núm. 363, de 29 de diciembre de 1953 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1953/363/A07723-07724.pdf>
- [4] Plata Quintanilla RM. Echando la vista atrás. Constitución del Consejo Nacional de Colegios de Matronas (1952). Matronas Hoy [internet] 2019 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2021/04/Matronas-19-1.pdf>
- [5] Acta de la sesión celebrada por la Junta Directiva del Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas de España al día 29 de marzo de 1952. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- [6] Acta de la sesión celebrada por la Junta Directiva del Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas de España 22 de abril de 1952. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- [7] Acta de la sesión celebrada por la Junta Directiva del Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas de España en su domicilio social, Mayor nº 32, el día veintitrés de junio de mil novecientos cincuenta y dos. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- [8] Acta de la sesión celebrada por la Junta de Gobierno del Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas de España el día cuatro de julio de mil novecientos cincuenta y dos.



- [9] Acta de la sesión celebrada por la Junta del Consejo general de los Colegios Oficiales de Matronas de España, el día veintiséis de julio de mil novecientos cincuenta y dos. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- [10] Acta de la sesión celebrada por la Junta de Gobierno del Consejo General de los Colegios Oficiales de Matronas de España el día cuatro de julio de mil novecientos cincuenta y dos. Archivo Histórico Asociación Española de Matronas.
- [11] Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE [internet] núm. 363, de 29 de diciembre de 1953. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>
- [12] Boletín Oficial del Estado (BOE). Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de Asistencia Obstétrica (Matronas) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos. BOE [internet] núm. 43, de 12 de febrero de 1957 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1957/043/A00832-00832.pdf>
- [13] Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 25 de enero de 1954 por la que se disuelven los Colegios Profesionales de Practicantes, Matronas y Enfermeras, y designando una Comisión para sustituirlos provisionalmente. Ministerio de la Gobernación [internet] núm. 43, de 12 de febrero de 1954. p. 827. [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1954/043/A00827-00827.pdf>
- [14] Boletín Oficial del Estado (BOE). Orden de 26 noviembre de 1945 por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. BOE [internet] núm. 139, de 5 de diciembre de 1935 [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1945/12/05/pdfs/BOE-1945-339.pdf>
- [15] Plata Quintanilla RM. Echando la vista atrás. Cierre de las Escuelas de Matronas, 1987. Matronas Hoy [internet] 2016. [citado 10 ago 2026]; 10(4). Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2022/02/Matronas-10-2016-bajas-res-1.pdf>
- [16] Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 2005/36 EC del Parlamento y Consejo Europeo, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, de 7 de septiembre de 2005. [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf>
- [17] Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-7354-consolidado.pdf>
- [18] Ministerio de Sanidad. Resolución del 15 de junio de 2026, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se convoca el procedimiento de adjudicación de plazas que han resultado vacantes tras la adjudicación ordinaria y vacantes por renuncia expresa o no incorporación de las personas aspirantes con plaza adjudicada posterioridad a las relaciones definitivas de adjudicación de plaza, correspondiente a las pruebas selectivas convocadas por la Orden SND/928/2025, de 14 de agosto. [internet] [citado 10 ago 2026]. Disponible en: https://enfermeriaavila.com/wp-content/uploads/2026/06/REPORT_RESOLUCION-Y-ANEXOS-2.pdf

AIMÓN SÁNCHEZ MOLINERO

Matrona, antropóloga social y cultural, presidenta de la Comisión de Lactancia del Hospital Universitario de Canarias (HUC), formadora IHAN, IBIC, profesora de la UDM en Tenerife



Vamos a finalizar las vacaciones estivales con esta entrevista, para mí 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.

El terrible calor que hace tiempo que nos agobia en este verano 2026, lo refrescaremos con Aimón Sánchez Molinero, llena de frescura y con una eterna sonrisa nos proporcionará 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 queremos y admiramos.

Pregunta: 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 la entrevista 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.

Respuesta: En primer lugar, gracias a ti por pensar en mí, no sé si soy merecedora de salir en estas páginas, pero viniendo de la AEM la solicitud 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! (ija, ja, ja!).

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... ¿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 (Madrid) 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 socioculturales 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 solo biológica, sino social y cultural, en todos los entornos de la Tierra. 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 había 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 tablones, pues me confundí de cartel. 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 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 esperabairme 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.

P: 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



1999. 1º Año de EIR en la UDM en Tenerife

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 ví 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 instruí 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



2005. Fuerteventura. I Jornadas regionales, con compañeras de la Comisión de LM de la Gerencia de AP de Tenerife

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.

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 siete 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 que no se queda atrás viendo tu currículo. ¿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, etc.

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 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 defen-



2023. Taller de LM en Grado Enfermería

sora de la lactancia materna -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 dos 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: 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 de ser matrona con el objetivo de que, al final, tal como me gusta decirles, no solo aprueben, sino que "se enamoren" de la asignatura.

También fui tutora clínica de residentes de matrona solo 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.



2007. Taller *Spiritual Midwifery*. ICM. Glasgow

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, cómo pasa el tiempo!), entre otras cosas porque tu madre siempre ha sido miembro de nuestra asociación, ¿qué supuso para ti el iniciarte con la AEM?

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 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.

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 enton-

ces "¿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.



2009. Jornada regional anual de ACAMAT. Gran Canaria

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 o 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.

P: Sin embargo, 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 MUMACÍ (Mundo, Matronas y Cine), que se creó a partir de la idea de unas compañeras de Gran Canaria (empe-

zó 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 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... ¡¡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.

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.

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).

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 periodo 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 morbilidad que el parto domiciliario tenía. Y hablando de esto, sé que siempre te ha preocu-

pado 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 porqué 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. 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".

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.



2007. Birth Center. Londres

Este grupo de trabajo está haciendo una transformación de la asistencia tremenda, a partir de una capacidad de autocrítica 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".

Creo que la asistencia puede cambiar "de verdad" gracias a grupos como este. 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 1º trimestre y con el duelo por infertilidad, por ejemplo.



2026. Premio Colegio de Enfermería de Tenerife al Grupo de Duelo H

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. 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 solo 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 pu-

ramente 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, 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 solo 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).

Quisiera 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 puedo decirte ¡GRACIAS!

ATENEA. Redactora AEMATENEA
Redactora AEM

AGENDA

Aval de la AEM a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL)



La Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (PEDPAL), fundada en 2016, reúne a diversos profesionales sanitarios de diversas regiones de España motivados y preocupados por el escaso desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos en España. Su objetivo principal es concienciar, difundir e impulsar los cuidados paliativos pediátricos de manera interdisciplinar y transorganizacional, ya que la relativa baja prevalencia de pacientes, el alto grado de complejidad e importantes necesidades, hacen imprescindible el trabajo en red para atender la multidimensionalidad de los niños y las familias afectadas. La sociedad considera que es necesario el desarrollo y la formación para tener profesionales especializados bien cualificados, pero también capacitar a todo aquel profesional que atiende a la población infantojuvenil de forma general para que pueda tener un enfoque paliativo en las situaciones que lo precise.

Al hilo de los objetivos de esta sociedad científica, recientemente han editado el documento titulado "Recomendaciones sobre Cuidados Paliativos Perinatales. Parte I:

pacientes, estructura y procesos asistenciales", para ello, solicitaron a la AEM su aval para su difusión.

La Comisión Permanente de la Asociación Española de Matronas, en sesión extraordinaria, acordó avalar el documento en su totalidad, al considerar que el planteamiento y la propuesta del manuscrito es oportuna, conveniente y con objetivos estratégicos claramente necesarios y para alcanzar con carácter urgente. Desgraciadamente, en la actualidad no se han dimensionado estas dramáticas situaciones en todo su alcance y, por ello, tampoco se han promovido los imprescindibles programas asistenciales y protocolos en los establecimientos sanitarios que reciben a mujeres gestantes y recién nacidos.

Por todo esto, y compartiendo la finalidad que plantea PEDPAL en su manuscrito, la AEM ha ofrecido su apoyo incondicional a esta importante iniciativa esperando que las Administraciones sean sensibles, operativas y eficientes para resolver las necesidades que plantean los cuidados paliativos perinatales.

Ampliación del comité editorial de la revista *Matronas Hoy*

Con paso firme y constante, esta, nuestra revista *Matronas Hoy*, que nació en 1983, vino a llenar el hueco al dejar de editarse en 1977, a raíz de los conflictos surgidos por causa de la unificación colegial, la única publicación específica dirigida a las matronas, SURGERE. Desde entonces, y como un resultado más de la desconcertante situación, las matronas nos hemos encontrado prácticamente incomunicadas, motivo por el que la entonces recién creada Asolación Nacional de Matronas, hoy AEM, decidió lanzarse a la publicación de *Matronas Hoy* con el objetivo principal de que "esta profesión, tan digna como antigua, le sea reconocida la categoría que en justicia le corresponde en el plano social, económico y académico", como se lee en el Nº 0 de esta revista en abril de 1983.

En el año 2000, cuando Ediciones Mayo contactó con la AEM, acordamos sacrificar *Matronas Hoy* a cambio de una nueva revista que llamaríamos *Matronas profesión*, y que llegaría a todas las matronas de España de forma gratuita gracias a empresas patrocinadoras que podrían asumir los costos de la publicación. Sin embargo, esta nueva revista que, en su origen, era para todas y de todas las matronas, pasado el tiempo, otra entidad corporativa de matronas recién creada se apropió de ella.

En ese momento, 2013, y con ese motivo que rompía el acuerdo del año 2000, fue cuando Grupo Paradigma, uno de los

grupos editoriales más solventes de España, ofreció a la AEM la reanudación de la edición de *Matronas Hoy*.

Han transcurrido ya 43 años desde que se inició la edición de *Matronas Hoy*. Han sido décadas marcadas por numerosas vicisitudes, un ingente esfuerzo y un importante compromiso económico por parte de la AEM. Sin embargo, gracias a un empeño firme y sostenido, hemos logrado seguir avanzando y consolidando la revista, que ha visto crecer progresivamente su prestigio, reconocimiento y difusión.

Este esfuerzo se ve hoy respaldado por su indexación en la plataforma internacional EBSCO, uno de los principales proveedores mundiales de bases de datos de investigación, revistas electrónicas, suscripciones a publicaciones, libros electrónicos y servicios de búsqueda, lo que supone un importante reconocimiento a la trayectoria y calidad de *Matronas Hoy* y contribuye a ampliar significativamente el alcance y la visibilidad de sus contenidos.

Hoy tenemos la satisfacción de comunicar la ampliación del comité editorial con la incorporación de tres nuevos miembros seleccionados por su calidad como profesores universitarios e investigadores de reconocido prestigio, que se integran en el grupo de especialistas, académicos y científicos de la disciplina que cubre la revista. Todos los nuevos integrantes son especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) y con el grado académico de doctores.



Dr. Luciano Rodríguez Díaz. Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta con nombramiento de Vicedecano de Docencia y Prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta.



Dra. Juana María Vázquez Lara. Profesora Ayudante Doctora Departamento de Enfermería y Vicedecana de Estudiantes y Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta.



Dr. Francisco Javier Fernández Carrasco. Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería y Coordinador del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta.

Adhesión y campaña de la AEM por el apoyo de líderes en partería al cambio de la directiva europea sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales de las matronas

Desde la ICM, como líderes de la profesión de matrona y representantes de organizaciones e instituciones de la sociedad civil en toda Europa, ha sido redactada una carta dirigida a la presidenta Von der Leyen, al vicepresidente Mînzatu y comisarios de la Unión Europea (UE), en la que se les transmitía que las matronas compartíamos la preocupación por el actual proceso de actualización de la Directiva 2005/36/CE sobre las cualificaciones profesionales mínimas para matronas.

Apuntaba la ICM que esta actualización, la primera en más de 20 años, corría el riesgo de provocar décadas de estancamiento. Reconvenían que las propuestas preliminares presentadas hasta el momento por la Comisión carecían de la ambición, la base empírica y la alineación con los estándares internacionales que exige este momento, advertían de que, si se adoptaban en su forma actual, debilitarían la posición de la UE como líder mundial en este ámbito.

La carta, muy bien estructurada y justificada en sus peticiones, curiosamente denunciaba el caso de España, sujeta a las mismas directivas, al exponer: Una matrona formada en las Competencias Esenciales de la ICM en los Países Bajos o Dinamarca (que incluyen una gama completa de servicios de SRMNAH) puede encontrarse con que sus competencias no se reconocen en un Estado miembro donde la Directiva de 1980 aún define la adecuación, como Eslovenia o España.

LA ICM pedía su difusión entre líderes reconocidos en partería, cuyas posturas tienen peso en los debates políticos e institucionales. Por ello, priorizamos las voces de figuras destacadas y con amplia trayectoria, para que la carta tuviera la mayor influencia, en lugar de centrarse en conseguir un gran número de firmas: presidente/a de asociaciones científicas de matronas, jefes/as de departamentos relacionados con la partería (p. ej.: en ministerios,

organismos reguladores o instituciones). Decanos/as o académicos/as de alto nivel en educación obstétrica (p. ej.: departamentos universitarios), profesionales con más de 10 años de experiencia y con un puesto de liderazgo claro en partería, responsables de instituciones, juntas o publicaciones relevantes (p. ej.: editores/as de revistas). Por ello, la AEM, además de enviar en nombre propio su aval a la carta, hizo una gran difusión entre todas aquellas/os profesionales que reunían estas características a fin de impulsar esta petición justificada que, sin duda, podría mejorar el futuro de la labor de las matronas.

Hace años que esta revisión de la Directiva 2005/36/CE está en marcha y la AEM colabora de forma activa intentando que este cambio merezca la pena para todas las matronas europeas y muy especialmente para España. El último contacto fue la reunión celebrada en Bruselas en octubre de 2024, presidida por Jakub Boratynski, director de la DG GROW (Mercado Interior, Industria, Emprendimiento y Pymes) en representación de la EU, bajo el título "Formación mínima armonizada de la UE para matronas: ¿es hora de ponerse al día?". Por parte de la Asociación Española de Matronas (AEM), en calidad de asociación nacional, asistió Rosa Mª Plata Quintanilla, presidenta, con el objeto de debatir sobre las conclusiones preliminares del estudio Cartografía y evaluación de la evolución de una de las profesiones sectoriales en virtud de la Directiva 2005/36/CE – Matrona (GROW/2023/OP/0024), sobre las que había participado, enviando documentación pertinente a la solicitud de la Comisión Europea, a través de la agencia delegada Spark, para tal propósito.

Como las cosas "de palacio van despacio" es presumible que aún nos quede tiempo de espera contenida hasta ver el texto definitivo de esta Directiva 2005/36/CE modificada y ojalá que "sea para bien", ¡no perdemos la esperanza!

La AEM denuncia la acreditación de la UDM obstétrico-ginecológica "Quirón Pozuelo" para formación de matronas

Tras tener conocimiento la AEM de una serie de irregularidades difundidas en redes sociales por matronas del Hospital Quirón de Pozuelo de Alarcón (Madrid), que, *a priori*, podrían poner en cuestión la validez de la acreditación concedida a la UDM Obstétrico-Ginecológica "Quirón Pozuelo" para la formación de matronas (entre ellas, el hecho de que las matronas de esta institución privada no atiendan partos), se llevaron a cabo diversas actuaciones de investigación y verificación.

Una vez confirmados este y otros extremos, la Junta Ejecutiva de la AEM acordó poner la situación en conocimiento del Ministerio de Sanidad, como organismo responsable de la acreditación de las unidades docentes, con el fin de que se valoraran los hechos y se adoptaran, en su caso, las medidas oportunas.

Por ello, dirigió sendas cartas a la ministra y director de Ordenación Profesional, reclamando que fuera invalidada esta acreditación sin perjuicio del elector o electora de la plaza ofertada, para lo cual debiera ser reasignada a otra unidad docente.

Transcribimos la reclamación dirigida por la AEM y la contestación recibida de la ministra que, a todas luces, niega

lo evidente en un afán de "dar carpetazo" a este asunto a pesar de que la lógica y el sentido común impediría pensar que con esta contestación nos vamos a mantener calladas, permitiendo una injusticia y un potencial y seguro deterioro de la calidad docente. No entendemos cómo se gestó y autorizó esta acreditación que, a nuestro juicio, como es evidente, ya que, insistimos, las propias matronas no hacen partos en esta institución privada, por lo cual las futuras residentes no podrán conseguir el requerimiento de instrucción en partos exigido en el plan formativo de la especialidad.

Nos parece una situación absolutamente preocupante y que el Ministerio niegue la evidencia con falsas afirmaciones es delirante, cuando debieran ser los primeros interesados en asegurar la calidad de la formación. Esta contestación de la ministra que, incluso nos cuestionamos que haya escrito ella misma, aunque la firme, es lo que se llama "no apearse del burro", para no admitir que han errado completamente en esta acreditación, lo que nos coloca en la tesitura de pensar en qué intereses, y no precisamente de aseguramiento de la calidad docente, subyacen en esta decisión.



Excma. Sra. Dña. Mónica García Gómez
Ministra de Sanidad
Paseo del Prado, 20
28014 Madrid

Madrid, 12 de marzo 2026

Estimada Sra. Ministra:

Desde la Asociación Española de Matronas (AEM) nos dirigimos a ese Ministerio como responsable último de la reciente acreditación de la UDM de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, de Pozuelo de Alarcón, como centro de formación de especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica – Matrona, para manifestarles nuestro asombro e incredulidad, a la par que nuestra más rotunda oposición ante dicha acreditación.

En este momento, nos preocupa muy seriamente la próxima incorporación del EIR Matrona que haya elegido esa UD. De hecho, venimos recibiendo quejas de las Matronas ya tituladas, también preocupadas por el tipo de formación que presumiblemente recibirá en la mencionada UD. Toda esa intervención del colectivo está circulando en las redes.

Como Ud. sabe, han acreditado esa UDM del Hospital Quirónsalud de Pozuelo para una plaza de MIR (ante lo que no hay objeción alguna por nuestra parte), pero también para una plaza de EIR.

Como Ud. también sabe, se trata de la primera acreditación concedida en España a una UDM para la formación teórico-práctica de futuras Matronas, en un Hospital totalmente privado, y no perteneciente al Sistema Nacional de Salud; ni en su organización, ni en la relación laboral con sus profesionales sanitarios (que son autónomos y pagados por las aseguradoras médicas o directamente por los propios usuarios), ni en su cartera de pacientes.

Como Ud., asimismo, sabe, esta nueva acreditación de la UDM del Hospital Quirónsalud de Pozuelo no ha pasado el filtro habitual, por el que pasan todas las acreditaciones de UD, UDM, dispositivos docentes, etc., del resto de España, de la Comisión Nacional de Matronas (CNM), de acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre y el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS
Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid. Teléfono: 644150517.
Mail: matronas@asociacion-nacional.com

2

Y podemos hacer esta afirmación porque, de haber sido valorada esta solicitud de acreditación por especialistas Matronas de la CNM, nunca se hubiera acreditado para la docencia práctica de esta especialidad un Hospital privado en el que, como Uds. también deben saber, la asistencia clínica a embarazo y parto es llevada a cabo, exclusivamente, por médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología que son los que realizan todo el seguimiento de los embarazos, tanto normales como de riesgo, y todos los partos, tanto normales como de riesgo (por hablar sólo de estos dos aspectos cruciales en la formación clínica de las residentes de Matrona).

Y esto es así en este hospital privado de Quirónsalud Pozuelo, y en todos los hospitales privados de toda España, porque es lo que las mujeres embarazadas quieren y pagan (tanto a través de sociedades médicas como de manera absolutamente privada). Las mujeres embarazadas exigen, como queda dicho, que los gines que son de su elección, en los que confían y a los que pagan, sean los únicos que lleven a cabo todo el seguimiento de su embarazo y les realicen el parto, y no admiten a nadie más. Y las Matronas, en estos centros, se limitan a la asistencia al período de dilatación, y siempre bajo las indicaciones, criterios y órdenes del/de la ginecólogo/a "responsable" de la parturienta, sin ningún grado de autonomía ni posibilidad de decisión propia.

Y con este planteamiento, los residentes de Matrona NO PUEDEN NUNCA CONSEGUIR TODOS LOS OBJETIVOS FORMATIVOS que se especifican en la Orden SAS 1349/2009, de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y el RD 1837/2008, de 8 de noviembre (que transpone la Directiva 2005/36/CE).

Cabe suponer que, en la documentación que hayan enviado los responsables del Hospital Quirónsalud Pozuelo al Ministerio para su acreditación, hayan argumentado que cumplen todos los requisitos para la formación de Matronas, y como no se ha debido de valorar, realmente, por profesionales expertas de la especialidad, no se ha detectado el problema.

Nos preguntamos:

- ¿Qué habrán respondido los mencionados responsables del Hospital privado en los formularios pertinentes sobre las Áreas Asistenciales?
- ¿O sobre los Recursos Humanos de la UDM, con tutores inexistentes que desconocen en qué va a derivar el asunto, ya que las Matronas son autónomas que no tienen relación laboral alguna con el Hospital y a las que pagan las compañías aseguradoras? (La relación tutor-residente está establecida y garantizada por el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.)
- ¿Cómo piensan cumplir el Programa formativo oficial, por ejemplo, en paritorio, incluyendo:

3

- o las competencias generales para adquirir durante la formación.
- o las competencias específicas en la rotación
- o las actividades mínimas de aprendizaje (incluyendo la realización de un mínimo de 80 partos normales)?
- o ¿Qué GIFT han presentado al Ministerio, adaptando el Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Enfermería Obstétrico-Ginecológica elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por el Ministerio de Sanidad a las características de esa UDM, según determina el RD 183/2008 de 8 de febrero y el RD 1146/2006 y que debe ser entregado a cada residente al iniciar su período formativo?
- o ¿Qué adaptaciones individuales han realizado esos tutores-as inexistentes del residente para adaptar su aprendizaje, particularmente en las rotaciones de paritorio?
- o ¿Qué Plan Individualizado de formación práctica han diseñado para obtener las competencias que se definen en el POE?
- o ¿Cómo se va a llevar a cabo la necesaria evaluación continuada por esos tutores-as inexistentes, a la que tiene derecho el residente?

Los residentes en formación tienen derechos (según el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud), entre otros:

- "A recibir, a través de una práctica profesional programada, tutelada y evaluada, una formación teórica-práctica que le permita progresivamente los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo de la especialidad, mediante su integración en la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias del centro".
- "A ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo".

También le va a ser imposible cumplir a la Matrona en formación ese nivel progresivo de responsabilidad, así como los grados de autonomía imprescindibles en la evolución de su itinerario formativo.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid. Teléfono: 984150517

Email: matronas@asociacion-nacional.com

En la AEM estamos obligadas a denunciar esta grave situación, por nuestra responsabilidad junto a las demás entidades relacionadas con la atención al ciclo reproductivo de las mujeres, ya que debemos ser garantes de que se ofrezca la mejor atención al binomio madre-hijo, tal como la sociedad española merece y a lo que tiene derecho. Y encabezando esas garantías, como no puede ser de otra manera, el propio Ministerio de Sanidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, desde la AEM, SOLICITAMOS tengan a bien reconsiderar esta acreditación del Hospital Universitario Quirón-Pozuelo para la formación de Especialistas Matronas, antes de que la situación sea irreversible y de que: por una parte cause un daño irreparable al/a la EIR que, desconociendo todas estas circunstancias, elija este centro para su formación; y por otra parte, y de continuar esta situación, conllevaría una formación clínica insuficiente de los profesionales allí formados, que no podrían ni sabrían ejercer el papel que la sociedad demanda de ellos, con el consiguiente riesgo para la correcta atención sanitaria de las mujeres durante sus embarazos y partos. Lo que derivaría en un importante problema de salud pública, así como un precedente nefasto y peligroso para los intereses de otros hospitales privados.

Esperamos una justificación comprensible y cierta sobre las condiciones en la que se produjo esta Acreditación.

Enviamos nuestros saludos mas cordiales.

Atentamente,

Junta Ejecutiva

Asociación Española de Matronas



MINISTERIO
DE SANIDAD

La Ministra

D^a. Rosa María Plata
Presidenta de la Asociación Española de Matronas

Madrid, 2 de junio de 2026

Estimada presidenta:

En primer lugar, quiero agradecerle sinceramente que se haya dirigido a este Ministerio de Sanidad, así como trasladarle mi reconocimiento por la relevante labor que desarrolla la Asociación Española de Matronas en la defensa y mejora de la atención a la salud de las mujeres.

En relación con la acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid (Pozuelo de Alarcón) para la formación de especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), quisiera trasladarle las siguientes consideraciones.

La solicitud de acreditación remitida por la Comunidad de Madrid tuvo entrada en este Ministerio el 9 de diciembre de 2024 y se tramitó conforme al procedimiento ordinario. Fue remitida a las Comisiones Nacionales de ambas especialidades; no obstante, la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica no emitió informe en plazo, pese a las reiteradas actuaciones y subsanaciones requeridas. Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos, la Unidad responsable formuló propuesta favorable el 14 de abril de 2025.

En relación con las cuestiones planteadas por su asociación, este Ministerio solicitó a la citada Comisión Nacional un informe adicional, recibido el 20 de abril de 2026. Su examen ha revelado que determinadas afirmaciones contenidas en él no se ajustan plenamente a la documentación que obra en el expediente de acreditación.

Cabe señalar que el expediente incorpora documentación relativa a recursos estructurales, dispositivos docentes, planificación formativa y recursos humanos. Entre ella figura el nombramiento provisional de tutora de residentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, así como el itinerario y la guía formativa tipo adaptados al programa oficial de la especialidad.

En cuanto a las cuestiones sobre actividad asistencial y adquisición de competencias planteadas en su escrito, el expediente acredita, entre otros extremos:

- Recursos asistenciales específicos de obstetricia y ginecología, que comprenden paritorios, áreas de monitorización obstétrica, consultas externas, quirófanos y salas docentes.



- Un programa formativo con rotaciones específicas en paritorio y atención obstétrica continuada.
- Disponibilidad de tutores adecuada a la capacidad docente autorizada.
- Objetivos docentes y competencias alineados con el Programa Oficial de la Especialidad.
- Dispositivos asociados de atención primaria integrados en el itinerario formativo.

Este Ministerio comparte el objetivo de garantizar el cumplimiento efectivo del programa formativo y la calidad docente y asistencial de las unidades acreditadas. Las consideraciones de esta Asociación serán valoradas en el marco de las actuaciones de seguimiento que correspondan.

Reciba un cordial saludo.

Mónica García Gómez



Enferteca
grupo paradigma



La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentra@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías



enferteca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.



grupo
paradigma

Soluciones para el mundo enfermero