Info MATRONAS

NOVIEMBRE 2026 N.º 99

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS



Info MATRONAS

NOVIEMBRE 2026 N.º 99

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Presentación

INFOMATRONAS es una nueva publicación que pretende llegar a todas las matronas de España, de forma gratuita en formato "on line".
Con una periodicidad bimensual (desde 2023) buscamos divulgar noticias de toda índole que resulten de interés para el colectivo, con la puntualidad y frecuencia que otro tipo de publicaciones científicas no permite por la complejidad en sus plazos de elaboración.

Los contenidos originales proceden del fondo de información de la Asociación Española de Matronas y de otros medios, pero se admitirán noticias, información, anécdotas, experiencias personales en el ámbito del trabajo que, puedan ser didácticas o aleccionadoras para los de más, enviándolos a:
infomatronas@gmail.com

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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

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

www.aesmatronas.com

En este número:

❑ **ESPECIAL I:**
- JUDICIALIZACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA

▪ **ESPECIAL II:**
- CUANDO DECIDIR TAMBIÉN DUELE. DIA INTERNACIONAL DEL DUELO PERINATAL

❑ **HEMOS LEIDO:**
- LA SESIÓN INFORMATIVA POSTERIOR AL PARTO DIRIGIDA POR MATRONAS FORTALECE LA SALUD MENTAL PERINATAL
- PROTAGONISMO DE LAS MATRONAS EN EL IVE EN FRANCIA
- LAS MATRONAS RECIÉN GRADUADAS EN GALES SE QUEDAN SIN TRABAJO

❑ **MUY INTERESANTE:**
- TRASTORNOS DEL SUEÑO DE LAS MATRONAS, LA GESTANTE Y SU BEBE
- SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CENTROS DE MATERNIDAD INDEPENDIENTES EN EE.UU.
- LA MINISTRA DE SANIDAD FRANCESA QUIERE REFORZAR EL PAPEL DE LAS MATRONAS ABRIENDO DEBATES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

❑ **ENTREVISTA CON:**
- FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CARRASCO

❑ **BREVES:**
- OFERTA TRABAJO
- CURSOS ACTUALIZACIÓN SALUD DE LA MUJER EN AP. ASAMU. VALENCIA
- III JORNADAS MATRONAS EXTREMEÑAS
- I CONGRESO : ENFOQUE FISIOLÓGICO DEL CUIDADO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN RELACIÓN AL FETO
- "NACIMIENTO: DESAFÍOS CLÍNICOS EN TRABAJO DE PARTO

❑ **BUENAS NOTICIAS:**
- HOMENAJE DE DESPEDIDA POR LA JUBILACIÓN A ESPERANZA AGRAZ PATIÑO, EL LEGADO DE UNA MATRONA PIONERA
- MATRONAS SON EL PRIMER ALIADO PARA ALIVIAR SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA
- LA PELICULA MATRONAS, UN HOMENAJE A LA PROFESION CUYO TRABAJO, …

❑ **MALAS NOTICIAS:**
- DOS MILLONES DE BEBÉS NACEN MUERTOS CADA AÑO EN EL MUNDO, UNO CADA 17 SEGUNDOS"
- DOS MATRONAS INGLESAS INHABILITADAS POR RETRASAR LA ATENCIÓN A UNA URGENCIA

❑ **RECOMENDACIONES:**
- "HISTORIAS Y CURIOSIDADES DE ALGUNOS FÁRMACOS" DEL AUTOR J. JULIO FERNÁNDEZ

❑ **MATRONAS CÉLEBRES**

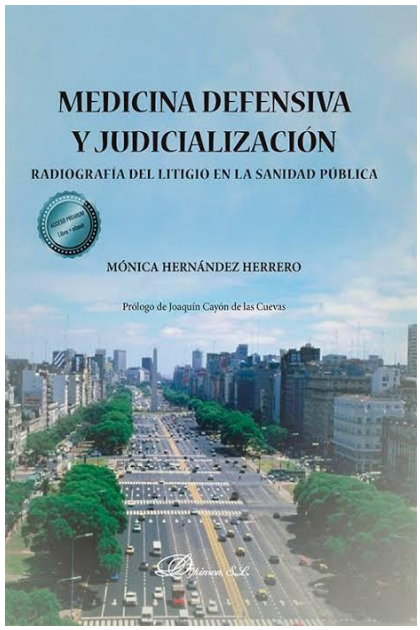


JUDICIALIZACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Sí, compañeras y compañeros, no es un error el título de este artículo: vivimos una sanidad pública que está un poco "patas arriba" como diría mi abuela. Que tanto usuarios como profesionales estén en pie de guerra unos contra otros y entre ellos mismos está a la orden del día e intentaré desarrollar el argumento para esgrimir esta afirmación, de eso va este texto.

Que todo está polarizado y politizado, ya es bastante obvio, y no creo haga falta explicarlo, pero que casi todo se lleve a tribunales, a juzgado, dice mucho de cómo se entienden los derechos y las obligaciones de unos y de otros.

Incluso cuando escribo esto, el momento es convulso, se han derogado dos decretos que si bien, a mi parecer, no eran la mejor solución, sí era la mejor manera de acallar la desesperanza de mucha gente acampada en tantísimas plazas de muchas ciudades en nuestro territorio, España. El valor en juego es la justicia, la justicia social, la necesidad de que aun no viviendo en una sociedad donde prime la igualdad, si sea lo más equitativa posible que evite clases sociales extremas, los ricos y los pobres.



Otro ejemplo de la injusticia social es lo ocurrido en Ceuta, un drama humanitario sin parangón, que también ha sido judicializado, buscando culpables, responsables, en lugar de buscar soluciones, soluciones que distan mucho de poner carpas o pabellones. Y no digamos lo ocurrido en algunas Comunidades Autonómicas con ciertas pruebas diagnósticas, en concreto cono las mamografías a mujeres, otra injusticia sanitaria, además de social, que atañe a un gran número de la población femenina.

Y alguna de las graves consecuencias de esta injusticia socio-sanitaria son:

Mayor mortalidad infantil y materna: Los niños en países o contextos de bajos ingresos enfrentan un riesgo de muerte antes de los cinco años significativamente mayor que en las zonas ricas.

Impacto en la salud mental: La vulnerabilidad sistémica, el estrés financiero y la falta de oportunidades deterioran de manera constante el equilibrio psicológico y emocional de las personas.

Desigualdad de género: Las mujeres sufren de forma más intensa las consecuencias de la pobreza en el ámbito sanitario, acumulando mayores porcentajes de privación de atención médica y medicamentos.



¿Y en sanidad? Pues abordando de pleno el tema, estamos en un momento en la que parece que solo priman los derechos y pocas veces las obligaciones, de unos, de otros, de todos, olvidando que son las dos caras de una misma moneda. Apelando a la sabiduría de mi abuela, gran mujer, siempre me decía que *"no se puede pedir aquello que no se puede (quiere) dar",* o, dicho de otra manera*, "lo de predicar con el ejemplo".*



Muchas son las veces que he escrito sobre los mínimos éticos exigibles y los máximos deseables, pero es posible que la incursión de la inteligencia artificial (IA) y al alcance de cualquiera haya distorsionado la alfabetización en salud de parte de la población. Me explico, antes teníamos a "Google" como consultor sanitario, ahora es ChatGPT o Gemini, nuestro doctor de cabecera.
Por si hay alguna duda, no soy letrada, aunque mi madre siempre me decía que *"tenía más leyes que un abogado"* posiblemente por mi carácter rebelde, contestatario y justiciero, muchas veces de causas perdidas, puede ser, pero también debo reconocer que esa manera de ser me ha llevado a defender muchísimas causas profesionales en las que he creído que debía implicarme y no pasar de soslayo, lo que me ha hecho estar en muchos charcos o jardines, quizá demasiados.

Dicho todo lo anterior, pasemos a argumentar lo que da título al texto.

MARCO CONCEPTUAL

Como siempre, definir los conceptos que voy a utilizar para que quede claro y sepamos de lo que hablamos evitando la interpretación subjetiva, es básico en este texto.

Según la RAE**, judicializar** significa llevar un asunto o conflicto ante los tribunales de justicia para que un juez o un tribunal lo resuelvan. Literalmente, llevar por vía judicial un asunto que podría conducirse por otra vía, generalmente política.
De acuerdo con el **Diccionario panhispánico**[1] del español jurídico, esta acción se aplica con frecuencia a temas que normalmente se manejaban por otras vías, como el diálogo social o la política.

MARCO ÉTICO Y LEGAL

En el caso que nos ocupa, **Judicializar la sanidad**[2] es llevar los problemas del sistema de salud y las disputas políticas a los tribunales (o instancias con poder sancionador) en lugar de resolverlos mediante el diálogo o los acuerdos técnicos.
https://isanidad.com/349658/judicializar-la-sanidad-para-que-la-politica-bloquee-el-sistema

Evidentemente esto tiene consecuencias, tales como:

-Falta de coordinación real entre administraciones sanitarias, o entre los sistemas de control de calidad dentro de los diferentes departamentos de salud. Cada comunidad autónoma, cada departamento de salud, incluso cada zona de salud funcionan de manera heterogénea. Sirva de ejemplo los sistemas de registro electrónico de las historias clínicas dentro de una misma provincia.



-Desconfianza mutua, entre los diferentes protagonistas: los que gestionan, los profesionales y los usuarios. Los primeros solo ven números y dinero, donde otros ven falta de recursos personales y materiales y los usuarios, carencias y dificultad en el acceso a determinadas consultas de especialistas, a estar a la expectativa para ser atendidos en esas interminables listas de espera, que en más de una ocasión desesperan en situaciones graves de necesidad de diagnóstico o tratamiento.

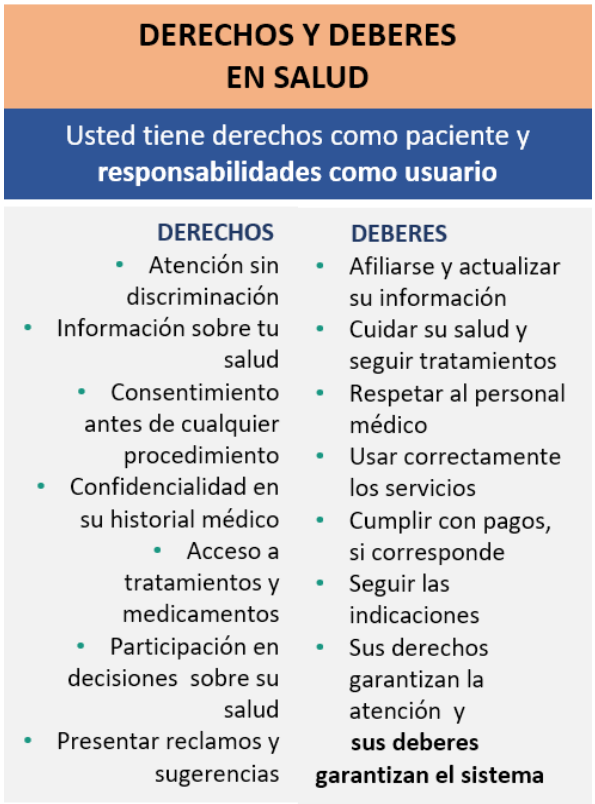
-Debilidad estructural, que como ya he dicho antes, está reflejada en la ausencia de herramientas digitales compartidas y de una cultura de evaluación basada en evidencia, lo que debería subordinar la técnica al interés político.

-Instrumentalización de la transparencia, todos se acusan de opacidad, de no dar soluciones técnicas claras (información) utilizando la falta de fluidez en la comunicación como arma, en lugar de ser un requisito o un valor que da mayor calidad asistencial.

- Desequilibrio entre Derechos y Obligaciones: Todos, usuarios, pacientes y profesionales deben saber cuáles son sus derechos y sus obligaciones y aunque ya he escrito sobre ello, cabe recordar que tanto unos como otros están regulados por leyes nacionales y normativas de las diferentes comunidades autonómas.

A saber, para los pacientes en la ya conocida (o debería conocerse a estas alturas) Ley 41/2002, de Derecho a la información y autonomía, para los profesionales la Ley 44/2003 de Ordenación de profesiones sanitarias.
Entre los derechos de los pacientes: derecho a la información, al consentimiento informado, intimidad, confidencialidad, acceso a la historia clínica, libre elección y segunda opinión, entre otros. Y, por supuesto, sus deberes: trato respetuoso a los profesionales, uso adecuado de las instalaciones, información veraz, cumplimiento de las normas y uso responsable de los servicios, entre otros.

Y los profesionales tienen recogidos sus derechos y obligaciones, tanto en la ley mencionada, como en el Estatuto Marco, las normativas autonómicas y las reflejadas en los diferentes códigos deontológicos.



A modo de resumen, entre sus derechos:

Respeto profesional, seguridad e integridad, desarrollo, formación y autonomía técnica entre otros. Y sus deberes: prestación de cuidados, secreto profesional, confidencialidad, información y obtención del consentimiento, actualización, competencia, y uso racional de los recursos entre otros.



Cuando los derechos y obligaciones de unos y otros se desajustan, por decirlo de alguna manera, se consigue crear un clima de crispación suficientemente alto para que el dialogo, el buen hacer profesional, y necesidades de salud queden relegadas y se sustituyan por huelgas, manifiestos, burnout de los profesionales, y quejas, reclamaciones o denuncias por parte de los pacientes.

La vulneración de derechos y obligaciones dan lugar a la búsqueda de responsabilidades legales, civiles o penales, y deontológicas.

Además del aumento de denuncias[3] o reclamaciones a los profesionales sanitarios en un 6% en el año 2025, las agresiones a estos aumentaron un 26,35 % en España durante 2025, alcanzando un total de 513 denuncias[4] registradas por la Policía Nacional, lo que da una visión del panorama de judicialización de la atención sanitaria en nuestro país.



CASOS PRÁCTICOS:

Como la mejor manera de entender o comprender la teoría es con los ejemplos o casos prácticos, referiré unos cuantos, que son reales omitiendo datos personales por la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Expondré dos casos de enfermería, en general, y uno de matronas en particular.

- **Caso 1:**

Paciente de 70 años, pluripatológica, que acude irregularmente a la cura de una úlcera en la pierna (causada por una complicación de su diabetes tipo 1). Se le han aplicado lavados con suero fisiológico y el tratamiento pautado. En una de sus visitas dice a la enfermera que no quiere que le pongan ese "líquido blanco" porque le molesta. La enfermera ha consultado curas anteriores para confirmar la pauta.

El hijo reclama que se ha hecho caso omiso a la negación por parte de su madre a que le pongan "ese líquido blanco" (recuerdo que es suero fisiológico) y que la enfermera sea denunciada ante la Comisión deontológica del colegio de enfermería y se le apliquen las sanciones oportunas.
Reflexión: ¿hay causa para expediente? ¿está suficientemente argumentado? ¿qué procedimiento iniciaríamos?. Os dejo estas preguntas abiertas para que las penséis.





- **Caso 2:**

Paciente de 65 años, extranjera, que por su situación tiene un seguro privado. Acude a la clínica privada para la realización de una prueba diagnóstica (TAC con contraste). La enfermera falla varias veces en la venopunción para canalizar la vía y en una de ellas, lo consigue pero ocurre una extravasación del producto de contraste, lo que impide la realización de la prueba y la consiguiente molestia que pueda causar el contraste.

Sigue sin poder realizarse la prueba y, por lo tanto, del diagnóstico definitivo. El marido interpone una reclamación al colegio de enfermería porque, aunque refiere no querer que se sancione a la enfermera, solicita que se le exponga si la enfermera actúa bajo la *Lex artis* enfermera y si existe protocolo para estos casos. También ha solicitado la información a la clínica privada que después de un mes no le ha contestado.



Reflexión: ¿se pone en cuestión la pericia de la enfermera? ¿se conocen y se aplican los protocolos para estas incidencias en la sanidad pública y privada? ¿Cuál sería el procedimiento a seguir?

- **Caso 3:**

Gestante de 33 años (G2P1) que ha solicitado un parto domiciliario. En la anamnesis realizada las matronas le dan una valoración de bajo riesgo. Tras un día de dinámica uterina irregular es revisada (TV) por una de las matronas, no está de parto (gestación a término). Al día siguiente, llama a las compañeras quienes acuden lo antes posible pero la mujer ya ha empezado su parto. Por teléfono le dan instrucciones mientras acuden, pero a su llegada se ha producido la expulsión del bebé en 20 minutos (supuestamente parto precipitado) a falta del alumbramiento. Todo cursa bien, recién nacida sana y puerperio precoz e inmediato sin problemas. A los 10 días, comienza a sangrar abundantemente, acude a urgencias de un hospital y es ingresada por restos placentarios para legrado.

Se complica y pasa 24 h en la UCI. La placenta había sido revisada en su momento sin nada que llamara la atención a las matronas. En la historia clínica del hospital, la mujer había comentado que en el parto anterior había tenido una placenta con cotiledón aberrante y una hemorragia posparto (HPP) que no había comunicado a las matronas en su día. Tiene firmado el contrato modelo que se recomienda en la guía de Atención al Parto Domiciliario publicado por la FAME.



Reflexión: ¿se cumplen los requisitos para un parto domiciliario? ¿se ha omitido alguna obligación por parte de la gestante? ¿ es suficiente la firma de un contrato (y consentimiento informado)?
¿ cuál sería el procedimiento a seguir?.
Estos son algunos de los ejemplos, en mi opinión importantes, pero por mi condición podría exponeros varios más, espero que los reflexionéis y lleguéis a alguna conclusión que no quiero condicionar si os revelo el final. Muchas veces las causas de reclamación o denuncia son de otra enjundia más leve, por decirlo de alguna manera.



CONCLUSIONES

Todos y todas estamos expuestos a ser reclamados, denunciados en el ejercicio de nuestra responsabilidad profesional, que no es otra cosa que dar respuesta ante alguien o ante una institución de nuestra praxis que debe ser acorde a la ***Lex artis*** propia de cada profesión, en nuestro caso, la de matrona.

Por ello es importantísimo conocer nuestras competencias, los aspectos legales y éticos (deontológicos) y obrar siempre acorde a ellos. Eso no impide que en esta sociedad "exigente" y "conocedora" de sus derechos se olviden sus "obligaciones" porque "pagan" y para eso están los profesionales, para "servirles" y que atiendan sus necesidades, estén o no justificadas. ¿Se ha pasado de un modelo paternalista (el profesional es quien manda) a un modelo de miedo a las reclamaciones y por ello a la medicina defensiva?. En mi opinión, modesta opinión, por cierto, se ha pasado de un extremo al otro sin ver el punto medio, es decir, la atención personalizada, consensuada, donde se restablezcan las relaciones de confianza mutua.



Puede que no todas las reclamaciones (denuncias) acaben en un juzgado o puede que sí, lo que está claro es que la inquietud, el desasosiego, la incertidumbre que genera hasta que se resuelve no lo evita nadie. Como dice un amigo mío jurista, *"la pena de banquillo no te la quita nadie"*.

Solo espero que la aplicación de las estrategias de atención al parto o a cualquier proceso de salud/ enfermedad, sigan por el camino del consenso y de la "humanización", donde los profesionales son respetados y los/las pacientes también y para ello, creo que mejorar la comunicación paciente/profesional puede ser básico.

Y para finalizar, como siempre, una frase de E. Galeano (escritor uruguayo) que nos devuelva la confianza no solo en el sistema sino también en las personas sin que tengamos que estar en alerta continua unos y en persecución de faltas de otros, a fin de cuentas, todos somos humanos.

"Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos".

¡Buen final de año!

Mª Isabel Castelló López. Presidenta C. Ética y Deontología CECOVA

Referencias:

1-https://dpej.rae.es/lema/judicializar
2-https://isanidad.com/349658/judicializar-la-sanidad-para-que-la-politica-bloquee-el-sistema
3-https://www.unitecoprofesional.es/blog/reclamaciones-sanitarias-2025-medicos/
4- https://www.interior.gob.es/opencms/en/detail-pages/article/La-Policia-Nacional-presenta-el-balance-de-las-agresiones-a-profesionales-sanitarios-durante-el-pasado 2025

CUANDO DECIDIR TAMBIÉN DUELE

Una mirada desde la experiencia al duelo tras una interrupción voluntaria del embarazo.

"No siempre podemos evitar que alguien sufra, pero sí podemos trabajar para que nadie tenga que sufrir sintiéndose invisible."

15 Octubre
Semana
Internacional
del duelo perinatal

Sonia antes de Ariadna: quién soy y cómo llegué hasta aquí

Me llamo Sonia Guerrero, tengo 32 años y nací en Ibi, un pueblo de Alicante, aunque mis raíces son andaluzas. Me considero una persona empática, valiente y resiliente. Tres palabras que quizá antes utilizaba para describirme sin ser plenamente consciente de todo lo que llegarían a significar para mí.

Soy nutricionista desde 2017. Durante años, mi profesión ha estado ligada al cuidado, a la salud y a acompañar a otras personas en sus procesos. Siempre me ha interesado entender cómo funciona nuestro cuerpo, cómo cuidarlo y cómo podemos mejorar nuestra salud.

Dentro de mis hobbies se encuentran el deporte, la naturaleza, cualquier tipo de manualidad, pero, sobre todo, leer y escribir. Siempre he encontrado en la escritura una manera de ordenar mis pensamientos, de expresar lo que siento y de poner palabras a aquello que a veces cuesta decir en voz alta.
Nunca imaginé que todas esas partes de mí —la profesional de la salud, la mujer a la que le gusta escribir, la persona que necesita entender y buscar respuestas— acabarían confluyendo en un libro. Mucho menos imaginé que ese libro nacería de una de las experiencias más dolorosas de mi vida.

Hoy soy la autora de "***Ella vino para salvarme"***, pero antes de ser autora, fui simplemente Sonia, una mujer que tenía una vida, unos proyectos, unas ilusiones y una idea de futuro.



Una mujer que, como tantas otras, pensaba que había determinadas cosas que podían ocurrirle a otras personas, pero que nunca imaginó que algún día tendría que enfrentarse a ellas.
Y entre esas cosas, estaba tener que tomar una decisión que jamás pensé que tendría que tomar.
La maternidad y el embarazo suelen estar rodeados de una imagen muy concreta. Hablamos de ilusión, de expectativas, de preparativos, de nombres, de futuro. Y, aunque sabemos que pueden existir complicaciones, muchas veces no estamos preparados emocional-mente para las situaciones que rompen por completo esa imagen.
Yo tampoco lo estaba. Cuando llegó Ariadna a mi vida, llegó con un nombre, con ilusiones, con un lugar, con una historia que, aunque fue mucho más corta de lo que yo hubiera deseado, existió.

Y después llegó una realidad que me obligó a tomar una decisión que nunca hubiera imaginado tener que tomar: realizar una interrupción voluntaria del embarazo, IVE, las siglas con las que habitualmente se nombra.

Decirlo así, de forma sencilla, puede hacer que parezca una frase fácil de entender, pero detrás de esas tres palabras, de esas siglas, había una historia mucho más compleja, había una mujer teniendo que tomar una decisión difícil delante de unas circunstancias, de un diagnóstico y de un montón de emociones que iban y venían entre el amor y el miedo y, sobre todo, muchas preguntas.

Y ¿después? después hubo duelo.

Durante mucho tiempo me costó, incluso entender, cómo podían convivir todas esas situaciones. Las preguntas invadían mi mundo. ¿Cómo podía haber tomado una decisión de manera consciente y, al mismo tiempo, sentir tanto dolor? ¿Cómo podía saber que aquella era la decisión que tenía que tomar y echar de menos a mi hija? ¿Cómo podía sentir emociones aparentemente contradictorias? Con el tiempo aprendí que no eran contradictorias: **Eran humanas.**

Y quizá, ese fue uno de los primeros grandes aprendizajes que me dejó Ariadna: ***que las emociones no necesitan permiso para existir y que no siempre tienen una explicación sencilla.***

Pero para llegar hasta ahí tuve que atravesar un proceso que, en muchos momentos, viví con mucha soledad. Y esa soledad no significaba necesariamente estar físicamente sola.
Podía tener personas a mi alrededor y, aun así, sentir que nadie entendía exactamente lo que estaba pasando dentro de mí, no encontraba fácilmente palabras, no sabía cómo explicar mi duelo, si es que hay que explicarlo, pero, sobre todo, no sabía si tenía derecho a llamarlo **duelo.**

Ahí comenzó una búsqueda. Una búsqueda de respuestas que me llevó a leer muchísimo, a hablar, a pedir ayuda profesional y, finalmente, a escribir.
Mi psicóloga me recomendó que escribiera y empecé haciéndolo casi como una forma de desahogo, como una herramienta terapéutica. Escribía a diario lo que sentía, lo que me ocurría, es decir, cómo vivía mi día a día.

Pero después comprendí que aquello no era suficiente. Yo no necesitaba únicamente contar cómo estaba, necesitaba sacar todo lo que había vivido y, sobre todo, el cómo lo había vivido.
Necesitaba volver a mi historia y poner palabras a cosas que durante mucho tiempo habían permanecido encerradas dentro de mi alma. Y fue entonces, solo entonces, cuando la escritura empezó a convertirse en algo más.
Primero fue una herramienta para mí, después se convirtió en un libro y finalmente se convirtió en **un proyecto.**

Mientras buscaba respuestas descubrí algo que me marcó profundamente: que yo no era la única. Había otras mujeres y otras familias atravesando duelos similares. Mujeres que también habían tomado decisiones difíciles, mujeres que también habían querido a sus bebés, mujeres que también habían sentido tristeza, culpa, rabia, vacío o simplemente una mezcla de emociones que no sabían cómo colocar o gestionar y lo más impactante, muchas de ellas estaban viviendo todo aquello en **silencio.**

Ahí comprendí que quizá mi historia podía servir para algo más que para contar lo que me había ocurrido, podía servir **para poner palabras,** para **visibilizar,** para **acompañar**, para decirle a otra mujer: “A mí también me pasó algo que no esperaba. Yo tampoco sabía cómo sentirme. Y no estás sola.”



Así nació "***Ella vino para salvarme"*** pero también nació algo más: la necesidad de hablar de duelo.
De hablar de duelo sin apellidos cuando sea necesario, pero también de hablar específicamente de ese duelo que aparece después de una interrupción voluntaria del embarazo y que tantas veces queda fuera de las conversaciones.

No pretendo que mi historia represente a todas las mujeres, todo lo contrario. Creo que mi historia sirve precisamente para recordar que no hay dos historias iguales. que no podemos saber qué siente una mujer mirando únicamente las circunstancias de su embarazo, que una decisión no determina las emociones que vendrán después, y por encima de todo que, cuando hablamos de salud reproductiva, necesitamos mirar a la mujer en toda su dimensión, no solamente su cuerpo, también su historia, sus circunstancias, sus emociones, sus necesidades, en definitiva, su manera particular de vivir aquello que está ocurriendo.

Hoy, además de ser nutricionista y autora, soy parte de un proyecto de divulgación y acompañamiento a través de **@duelosintabus**. Desde ahí intento hablar de una realidad que durante mucho tiempo me costó incluso nombrar.

Quiero arrojar luz, quiero ser altavoz y quiero que la información llegue antes. Después de mi experiencia descubrí que existen asociaciones, profesionales, protocolos y recursos que pueden acompañar a las mujeres en estas situaciones y que yo, por desgracia, los descubrí a toro pasado.
Y esa es una de las cosas que más me ha hecho pensar.

Si yo hubiera sabido antes que podía sentir determinadas cosas, que existían recursos, que otras mujeres habían pasado por experiencias similares y que pedir ayuda era una posibilidad, quizá algunas partes de mi camino habrían sido diferentes. No puedo cambiar lo que me ocurrió. No puedo cambiar la historia de Ariadna, pero sí puedo hacer algo con ella, puedo contarla, puedo hablar de lo que aprendí, puedo acercar información. Puedo poner sobre la mesa preguntas que quizá todavía nos cuesta hacer. Y puedo intentar que una mujer que mañana se encuentre en una situación parecida no tenga que empezar su búsqueda desde cero.

Porque esta historia no habla únicamente de una pérdida, habla también de todo lo que ocurre después, de las preguntas que quedan, de las emociones que aparecen, de **la necesidad de pedir ayuda**, de la importancia de encontrar a alguien que sepa escuchar, y de algo que hoy tengo mucho más claro que cuando empezó todo: acompañar también es cuidar.
Y quizá por eso esta historia ha terminado llegando hasta aquí, hasta una publicación dirigida precisamente a profesionales que tienen un papel tan importante en el acompañamiento de las mujeres.

Porque yo he estado al otro lado, ahora quiero contar qué necesitaba aquella Sonia de 29 años cuando entró en una situación que jamás había imaginado vivir, no para señalar culpables, no para decir que existe una única manera correcta de hacerlo, sino para aportar algo que solo puede aportar alguien que lo ha vivido desde dentro**: la mirada de la mujer que necesitaba sentirse vista, escuchada y acompañada.**

Ariadna: poner nombre a una hija que existió

Ariadna es el nombre de mi hija.

Y creo que es importante empezar por ahí, porque durante mucho tiempo he sentido que, cuando hablamos de una interrupción voluntaria del embarazo, existe una tendencia a hablar únicamente de la decisión, de las semanas de gestación, del diagnóstico, del procedimiento, de los motivos, de lo que la llevó a tomar esa decisión, haciendo juicios de valor innecesarios y muy dañinos. Pero a veces, en medio de todos esos términos, desaparece algo fundamental: la historia de la mujer y la historia del bebé que esperaba.
Ariadna fue una bebé deseada.



Antes de saber que tendría que tomar una decisión que jamás imaginé tomar, ya había imaginado muchas cosas. Había ilusiones, expectativas, planes. Había una vida que empezaba a construirse alrededor de alguien que todavía no había nacido, pero que ya tenía un lugar en nuestra vida. Para mí, eso también forma parte de la historia.
Ponerle nombre significó reconocer que no fue simplemente un embarazo que terminó. Fue una experiencia en la que existió un vínculo, unas expectativas y una hija que, aunque no llegara a estar físicamente con nosotros de la manera en la que habíamos imaginado, formó parte de nuestra historia.
A veces puede parecer que poner palabras como “hija”, “bebé” o incluso decir su nombre complica todavía más el duelo. En mi caso ocurrió exactamente lo contrario, poder decir Ariadna me permitió dejar de esconder una parte de mi historia.

Durante mucho tiempo tuve la sensación de que tenía que explicar demasiado, explicar por qué estaba triste, explicar por qué me dolía, explicar cómo podía estar viviendo un duelo si había sido yo quien había tomado la decisión de interrumpir el embarazo.
Y creo que ahí existe uno de los grandes problemas de este tipo de pérdidas: la decisión parece ocupar todo el espacio y deja poco sitio para hablar de lo que vino después. Pero una cosa no elimina la otra.
Yo tomé una decisión, una decisión que fue profundamente dolorosa.
Puedo saber que, dadas las circunstancias, era la decisión que tenía que tomar y, al mismo tiempo, echar de menos a mi hija. Puedo entender racionalmente por qué ocurrió y sentir tristeza. Puedo estar convencida de que hice lo que consideré necesario y, aun así, llorar.
Las emociones no funcionan como una ecuación en la que una respuesta elimina automáticamente a la otra.

Y esto es algo que me gustaría que pudiéramos entender mejor como sociedad y también dentro de los espacios sanitarios.
Porque detrás de una interrupción voluntaria del embarazo hay siempre una mujer. Y esa mujer llega con una historia, con unas circunstancias, con una forma de entender lo que está viviendo y con unas emociones que no siempre podemos anticipar.
En mi caso, Ari no desapareció porque el embarazo terminara, cambió su lugar en mi vida. Y yo tuve que aprender a relacionarme con esa ausencia.
Tuve que aprender que podía quererla y echarla de menos que podía hablar de ella, que podía recordarla, que podía llorarla, que podía seguir adelante sin dejarla atrás, porque seguir adelante no

significa olvidar. Tampoco significa dejar de querer.

Significa aprender a vivir con una historia que no tuvo el final que habíamos imaginado, deseado. Y quizá una de las cosas que más me ha ayudado en este proceso ha sido precisamente dejar de sentir que tenía que justificar su existencia.
Ari existió en mi historia, tuvo un nombre, tuvo un lugar, fue esperada, fue querida, y forma parte de quien soy hoy y por eso decidí que su nombre estuviera también en la portada de mi libro.

Ella vino para salvarme no habla únicamente de lo que ocurrió. Habla de lo que dejó en mí, de todo lo que aprendí a raíz de su historia, de las preguntas que me hice, de las heridas que tuve que mirar, de la ayuda que necesité, de las personas que aparecieron en el camino, y sobre todo, de la necesidad de que otras mujeres no tengan que atravesar algo parecido sintiendo que no tienen derecho a ponerle palabras a lo que les ocurre.

Porque si algo he aprendido es que el duelo necesita espacio, necesita poder nombrarse, necesita poder llorarse, necesita poder hablarse sin miedo a ser juzgado. Y eso también puede empezar por algo tan sencillo como preguntar: "¿Cómo se llamaba tu bebé?"
Para algunas mujeres quizá no sea una pregunta que necesiten, para otras puede ser profundamente reparadora. En mi caso, escuchar y poder decir **"Ariadna"** ha significado mucho. Porque cuando alguien pronuncia su nombre, no está haciendo que el dolor sea mayor, está reconociendo que hubo una historia. Y para mí, reconocer esa historia también es una forma de cuidar.
Hoy sé que no todas las mujeres viven una interrupción voluntaria del embarazo de la misma manera. No quiero convertir mi experiencia en una verdad universal ni decirle a nadie cómo debería sentirse, precisamente lo contrario. Lo que quiero defender es que todas deberíamos poder sentir lo que sentimos sin que alguien decida de antemano qué emoción nos corresponde.
Algunas mujeres pueden sentir alivio, otras tristezas, otras ambas cosas. Algunas pueden necesitar pasar página rápidamente y otras necesitarán mucho tiempo para elaborar lo ocurrido. Puede existir culpa, rabia, vacío, paz, dudas, amor, tristeza o ninguna de estas emociones. No hay una única manera de vivirlo.

Mi historia es la mía. Y dentro de ella está Ariadna.

Una hija que no llegó a crecer en mis brazos, pero que sí dejó una huella profunda en mi vida. Una hija a la que durante mucho tiempo sentí que tenía que explicar y que hoy, simplemente, puedo nombrar.

Un duelo que cuesta encajar porque no existe una única forma de vivirlo
Creo que una de las mayores dificultades que existen alrededor del duelo tras una interrupción voluntaria del embarazo es que muchas veces intentamos colocarlo dentro de una única casilla.
Parece que necesitamos saber si una mujer está triste o está tranquila, si siente culpa o alivio, si quiere hablar de lo ocurrido o prefiere no hacerlo, si considera que ha perdido un hijo o si prefiere hablar simplemente de una experiencia que terminó, como si tuviera que existir una respuesta correcta.
Pero el duelo no funciona así, y tampoco funcionan así las emociones.
Una mujer puede estar convencida de que tomó la decisión que necesitaba tomar y, al mismo tiempo, sentir una tristeza enorme.
Puede sentir alivio y dolor, puede saber que volvería a tomar la misma decisión y echar de menos, aun así, al bebé que esperaba. Puede sentirse fuerte durante un tiempo y romperse meses después. Puede necesitar hablar constantemente de lo ocurrido o no querer hacerlo. Puede haber días en los que sienta que está avanzando y otros en los que vuelva a encontrarse con la misma ausencia.
Nada de eso significa necesariamente que se haya equivocado.

Significa que somos seres humanos y que podemos experimentar emociones diferentes, incluso aparentemente contradictorias, al mismo tiempo.
En mi caso, una de las cosas que más me costó fue precisamente entender que podía estar segura de una decisión y sufrir por ella. Durante mucho tiempo parecía que ambas cosas no podían coexistir.
Si había sido una decisión consciente, ¿por qué me dolía tanto? .Si había decidido interrumpir aquel embarazo, ¿tenía derecho a sentirme en duelo?
Con el tiempo entendí que estaba intentando encontrar una lógica en algo que no la tiene, una decisión puede ser consciente y seguir siendo dolorosa, una decisión puede ser necesaria y no dejar de implicar una pérdida. Y aceptar esto no significa cuestionar la decisión. Significa reconocer la complejidad de lo que puede vivir una persona después de tomarla.

Además, no todas las mujeres viven este tipo de experiencia de la misma manera, y eso también es importante saberlo. Mi historia no pretende representar a todas las mujeres que han vivido una interrupción voluntaria del embarazo. No todas sentirán duelo. No todas necesitarán ponerle un nombre a lo ocurrido. No todas tendrán la misma relación con el bebé que esperaban. No todas necesitarán hablar. Y no todas necesitarán el mismo tipo de acompañamiento.
Pero tampoco deberíamos asumir que, por haber tomado una decisión voluntaria, una mujer no puede experimentar un duelo. Creo que ahí está una de las grandes heridas que todavía existen alrededor de este tema: la idea de que decidir y sufrir son dos conceptos incompatibles. Y no lo son.
El duelo, además, no siempre se parece a lo que imaginamos, no siempre es llorar todos los días, no siempre es estar triste. Puede aparecer como vacío, rabia, culpa, ansiedad, dificultad para hablar del tema, necesidad de entender lo ocurrido, recuerdos inesperados o incluso como una sensación difícil de explicar.

También puede aparecer tiempo después. A veces creemos que, porque los primeros días una persona parece estar bien, ya lo ha superado, y quizá, simplemente todavía está intentando sobrevivir a lo ocurrido. Creo que debemos dejar de preguntarnos cuál es la forma correcta de vivir un duelo y empezar a preguntarnos qué necesita esa persona concreta. Acompañar no debería consistir en colocar etiquetas ni en decirle a alguien cómo debería sentirse. Debería consistir en escuchar, en preguntar, en respetar, en no juzgar y, sobre todo, en permitir que cada persona pueda construir su propia manera de atravesar lo ocurrido.

También he aprendido que el duelo no es algo que se “supera” como si fuera un obstáculo que un día desaparece. Aprendemos a vivir con él. La herida cambia, nosotros cambiamos y también cambia nuestra relación con aquello que hemos perdido.
Quizá al principio necesitamos hablar de ello constantemente, después podemos necesitar silencio. Puede llegar un momento en el que podamos recordar sin sentir que nos rompemos por dentro. Y puede haber momentos inesperados —una fecha, una conversación, un embarazo cercano, una ecografía, una canción— que vuelvan a despertar emociones que creíamos dormidas. Eso no significa volver al principio.

Significa que el duelo no es una línea recta.
Por eso me parece tan importante que, especialmente desde los espacios sanitarios, podamos ofrecer un acompañamiento que no presuponga cómo debería sentirse una mujer, que podamos escuchar antes de interpretar, que podamos preguntar antes de aconsejar y que podamos entender que, detrás de una misma palabra —“IVE”— pueden existir historias completamente diferentes.
Quizá el verdadero acompañamiento no consiste en encontrar la frase perfecta ni en conseguir que una mujer deje de sentir dolor. Consiste en ofrecerle un espacio seguro donde no tenga que justificar lo que siente, donde pueda decir “estoy bien” si está bien, donde pueda decir “estoy mal” si está mal, donde pueda sentir alivio sin culpa, donde pueda llorar sin tener que explicar por qué, y donde, si necesita hablar de su bebé, pueda hacerlo.
Y poder decirlo, sin miedo a que alguien cuestione mi derecho a echarla de menos, ha sido también

parte de mi proceso.

Hoy creo que una de las formas más importantes de cuidar a una mujer en duelo es precisamente esa: **no decidir por ella cómo debería sentirse.**
Porque no hay una única forma de vivir una pérdida. No hay un calendario. No hay una emoción correcta. Y tampoco hay una manera universal de sanar.
Hay historias, hay mujeres, hay circunstancias y hay una necesidad común que, aunque cada una la exprese de una manera diferente, puede resumirse en algo muy sencillo: sentir que no tenemos que atravesarlo solas.

La información también es acompañamiento
Una de las cosas que más me ha hecho reflexionar después de mi experiencia es descubrir que existen recursos que yo no conocía.

El Ministerio de Sanidad dispone actualmente de una Guía Común del SNS sobre IVE que contempla la atención integral y el acompañamiento durante el proceso. Además, existen experiencias y protocolos específicos de duelo perinatal desarrollados en diferentes centros y territorios. El propio Ministerio ha recogido buenas prácticas relacionadas con la atención al duelo durante el puerperio y la pérdida fetal o perinatal.

También existe formación específica para profesionales de enfermería obstétrico-ginecológica (matronas) que aborda el proceso de duelo en la maternidad y la reproducción e incluye entre las situaciones de pérdida el aborto inducido, es decir: **existen herramientas, y eso es una buena noticia**.

Pero mi experiencia me lleva a plantear una pregunta: ¿Estamos consiguiendo que esa información llegue a las mujeres cuando realmente la necesitan?

Porque conocer que existen recursos después de haberlos necesitado no es lo mismo que conocerlos en el momento adecuado, ***Ella vino para salvarme*** nació de todo esto. No nació porque quisiera convertirme en autora, nació porque necesitaba entender, porque necesitaba escribir, porque necesitaba encontrar respuestas y porque después pensé que quizá aquello que a mí me había faltado podía servirle a alguien más.

Para mí, transformar una experiencia dolorosa no significa pensar que tenía que suceder. Hay cosas que simplemente hubiéramos querido que nunca ocurrieran, pero sí podemos decidir qué hacemos con aquello que nos ha ocurrido.
Yo no puedo cambiar mi historia. No puedo cambiar la historia de Ari, pero sí puedo darle voz, puedo hablar de ella, puedo hablar del duelo, puedo hablar de las emociones que pueden aparecer después de una interrupción voluntaria del embarazo, puedo dar a conocer recursos, puedo ser altavoz, y puedo intentar que otras personas no tengan que sentirse tan solas como yo me sentí.
Creo que necesitamos cambiar nuestra idea de lo que significa acompañar:
Acompañar no significa solucionar, no significa encontrar las palabras perfectas, no significa conseguir que alguien deje de llorar, no significa decirle cuándo debería estar mejor. A veces acompañar significa simplemente quedarse, escuchar, no juzgar, recordar, preguntar y aceptar que quizá no podamos quitarle el dolor a la persona que tenemos delante pero sí podemos evitar que tenga que atravesarlo sintiéndose sola.

Y esto no es exclusivo del duelo gestacional o perinatal. El duelo nos atraviesa a todos. Todos vamos a experimentar pérdidas. Todos vamos a conocer a alguien que esté sufriendo, y todos, en algún momento, vamos a necesitar que alguien sepa acompañarnos.

Ariadna y todo lo que vino después

Ariadna cambió mi vida. No de la manera en la que yo había imaginado, pero la cambió.
Me obligó a mirar de frente emociones que no conocía, a pedir ayuda, a aprender sobre el duelo y a descubrir una realidad de la que antes sabía mucho menos. También me llevó a escribir un libro y me ha llevado a querer hablar, a querer arrojar luz sobre una realidad que muchas veces permanece en silencio.



No escribo para decirle a nadie cómo debe vivir su duelo, no escribo para decir que todas las mujeres sienten lo mismo, no escribo para convertir mi experiencia en una norma. Escribo precisamente para lo contrario, para recordar que detrás de cada historia hay una persona, que cada decisión tiene un contexto, que cada duelo es diferente y que todas las emociones merecen un espacio.

Si ***Ella vino para salvarme*** consigue que una mujer se sienta comprendida, que una familia sepa dónde buscar ayuda, que una persona deje de sentirse culpable por sentir lo que siente o que un profesional pierda el miedo a preguntar y a escuchar, entonces mi historia habrá encontrado un sentido.
No porque el dolor fuera necesario, sino porque, una vez que ha ocurrido, podemos intentar que no sea un dolor vivido en soledad. Y quizá ese sea uno de los mayores aprendizajes que me ha dejado Ariadna:

No siempre podemos evitar que alguien sufra, pero sí podemos trabajar para que nadie tenga que sufrir sintiéndose invisible.

Sonia Guerrero Sola, autora de ***Ella vino para salvarme***

LA SESIÓN INFORMATIVA POSTERIOR AL PARTO DIRIGIDA POR MATRONAS FORTALECE LA SALUD MENTAL PERINATAL.



Un estudio reciente de la Universidad Edith Cowan (ECU) reveló que una sesión informativa estructurada posterior al parto, dirigida por una matrona, puede fortalecer significativamente el bienestar emocional de las mujeres después del alumbramiento y puede integrarse en la atención rutinaria a la maternidad. El proyecto, llevado a cabo en el Hospital Fiona Stanley de Australia Occidental, puso a prueba una guía estandarizada para la conversación posterior al parto, desarrollada con la colaboración de matronas, gerentes y defensores de la maternidad.

La Dra. Kate Buchanan, investigadora asociada de la ECU y líder del proyecto, afirmó que una sesión informativa posterior al parto dirigida por una matrona proporciona una conversación emocionalmente segura, centrada en la mujer, facilitada por la comunicación terapéutica y la experiencia de las matronas, para ayudar a las mujeres a reflexionar y encontrarle sentido a sus experiencias de parto. «A menudo, las mujeres salen del hospital con preguntas sin respuesta o angustiadas por aspectos de su parto», explicó la Dra. Buchanan. «Una sesión informativa comprensiva les brinda espacio para comprender lo sucedido y sentirse verdaderamente apoyadas».

Más de 100 mujeres participaron en el programa piloto, manifestando una satisfacción muy alta y constante con el proceso de análisis posterior dirigido por la matrona. La mayoría de las mujeres coincidieron plenamente en que la conversación les ayudó a comprender su experiencia de parto, procesar emociones, plantear preguntas sin respuesta y sentirse más seguras y emocionalmente apoyadas.

La Dra. Buchanan afirmó que algunos describieron la sesión informativa como "esclarecedora", "reconfortante" y "empoderadora", y muchos destacaron el valor de recibir la conversación de una matrona que ya conocían. «Tanto si el parto fue tranquilo como si presentó complicaciones, las matronas son las más indicadas para preguntar a una mujer sobre su experiencia, gracias a su enfoque integral, su comprensión del parto y el reconocimiento del mismo como un acontecimiento vital importante», afirmó la Dra. Buchanan.

«Hablar sobre el parto es un paso fundamental para fomentar el bienestar emocional, ayudando a las madres a sentirse escuchadas, comprendidas y empoderadas al comenzar su camino como madres».

Dado que se estima que el trauma del parto afecta al 30 % de las mujeres en todo el mundo, los resultados reflejaron estas cifras globales. La Dra. Buchanan afirmó que uno de los resultados más llamativos fue que las mujeres que se identificaron a sí mismas como víctimas de trauma del parto valoraron la oportunidad de hablar con una matrona sobre su experiencia de parto más que cualquier otro aspecto de la encuesta.

"Hablar con una matrona sobre la experiencia del parto puede ayudar a aliviar los sentimientos de trauma, ya sea fomentando una mejor comprensión de lo sucedido o facilitando la derivación a apoyo psicológico", explicó.

"El primer paso consiste en preguntarle a una mujer si desea hablar sobre su parto. Puede que se niegue, en cuyo caso se le pueden ofrecer otras formas de apoyo o se pueden gestionar derivaciones para garantizar que reciba la atención adecuada."

La Dra. Buchanan aclaró que una sesión informativa posterior al parto dirigida por una matrona es muy diferente de una sesión informativa posterior a un incidente crítico, que generalmente está a cargo del personal médico y se centra en la revisión de las decisiones clínicas tomadas durante el trabajo de parto y el parto. También difiere de la sesión informativa psicológica, que está específicamente dirigida al trauma psicológico del parto.

Las matronas que participaron en este estudio respaldaron unánimemente su importancia, destacando el papel de la formación en el análisis posterior al parto, la práctica informada sobre el trauma y la singular valoración del profundo impacto que las experiencias de parto pueden tener en la salud mental materna.

Los responsables del Hospital Fiona Stanley también confirmaron la sostenibilidad de la intervención, identificando la asignación de tiempo y la formación continua como factores clave para su implementación a largo plazo.

Si bien la investigación reconoció el tiempo y el costo adicionales que se requerirían de las parteras para brindar este aspecto fundamental de la atención posnatal, la Dra. Buchanan dijo que los beneficios económicos potenciales de reducir el trauma del parto y la carga para la salud mental son sustanciales.

«El proyecto contribuye al creciente impulso nacional e internacional para mejorar la atención psicosocial después del parto y destaca el potencial de las sesiones informativas posteriores al parto dirigidas por matronas para convertirse en un componente estándar de la atención posnatal», afirmó la Dra. Buchanan. El estudio, «*Codiseño y prueba de viabilidad de una sesión informativa posterior al parto dirigida por matronas: un proyecto de ciencia de la implementación»,* se publicó en BMC Public Health .

Fuente: ANMJ (Australian nursing and midwifery australian journal

PROTAGONISMO DE LAS MATRONAS EN EL IVE EN FRANCIA



La Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística (DREES) ´de Francia, ha publicado un estudio sobre el uso de la interrupción voluntaria del embarazo (aborto), cuyo número continuó en aumento en 2024.

Esta publicación anual ofrece una visión general del perfil de las mujeres que se someten a un aborto (edad, departamento de residencia, edad gestacional), los lugares donde se realiza (hospitales, consultorios privados, centros de salud), los profesionales involucrados (médicos y parteras) y los métodos utilizados (médicos y quirúrgicos). El Estudio DREES, Études et Résultats, es una publicación de la Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadística de Francia, trabajo procedente de un organismo público central dependiente directamente de los ministerios sociales de Sanidad, Solidaridad y Trabajo de Francia, y por tanto, digno de toda credibilidad.

El protagonismo de las matronas es el dato que la DREES recoge en el último número de Études et Résultats, (DREES).

La realidad del país vecino es que ya el 81 % de los abortos son ya farmacológicos, un punto más que en 2024, frente al 31 % de 2001 y el 68 % de 2017. En 2004 todos se practicaban en centros sanitarios y el 57 % eran quirúrgicos. Hoy el 47 % se realiza fuera de ellos, y es precisamente el aborto farmacológico extrahospitalario el que impulsa la subida, mientras los quirúrgicos se mantienen estables y los farmacológicos hospitalarios disminuyen.

Las matronas galas están autorizadas desde 2016 a practicar abortos farmacológicos en su consulta, y realizan ya uno de cada cuatro abortos del total, el 54 % de los que se llevan a cabo en consulta privada.

Su actividad ha crecido un 15 % en un año y son ya 1.690 las que practican abortos, 240 más que en 2024, mientras el número de médicos generalistas solo aumenta en 40 y el de ginecólogos permanece estancado.

La tasa de abortos aumentó en 2024, alcanzando los 17,3 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años.

Según fuentes médicas y administrativas, en Francia se practicaron 251.270 abortos en 2024, 7.000 más que en 2023. De estos, 16.370 correspondieron a residentes de los departamentos y regiones de ultramar franceses (DROM), incluida Mayotte. El aumento en el número de abortos desde 2022 continúa, tras el fuerte descenso registrado en 2020 y 2021 a raíz de la pandemia de Covid-19. La tasa de abortos alcanzó así los 17,3 por cada 1.000. habitantes en 2024, frente a los 16,8 por cada 1.000 en 2023.

Las tasas de uso están aumentando en todas las edades.

En 2024, las tasas de recurso aumentaron en todos los grupos de edad, manteniéndose la tasa más alta entre las personas de 25 a 29 años: 29,8‰ en comparación con 29,4 en 2023. Entre los menores de 20 años, la tasa de recurso se mantuvo más baja que hace diez años (5,5‰ en comparación con 8,7‰).

El 45% de los abortos se realizan fuera de los centros sanitarios y el 80% son abortos médicos.

Desde 2005, cuando se autorizó el aborto fuera de los centros sanitarios, el aborto farmacológico se ha practicado cada vez con mayor frecuencia, siendo el único método permitido fuera de dichos centros (excepto en ciertos centros de salud donde se puede utilizar el método quirúrgico, que representa menos de 200 abortos). Además, el 64 % de los abortos realizados en centros sanitarios son ahora inducidos médicamente. Por lo tanto, para 2024, el 45 % de los abortos se realizarán fuera de los centros sanitarios, y el método farmacológico representará el 80 % del total.

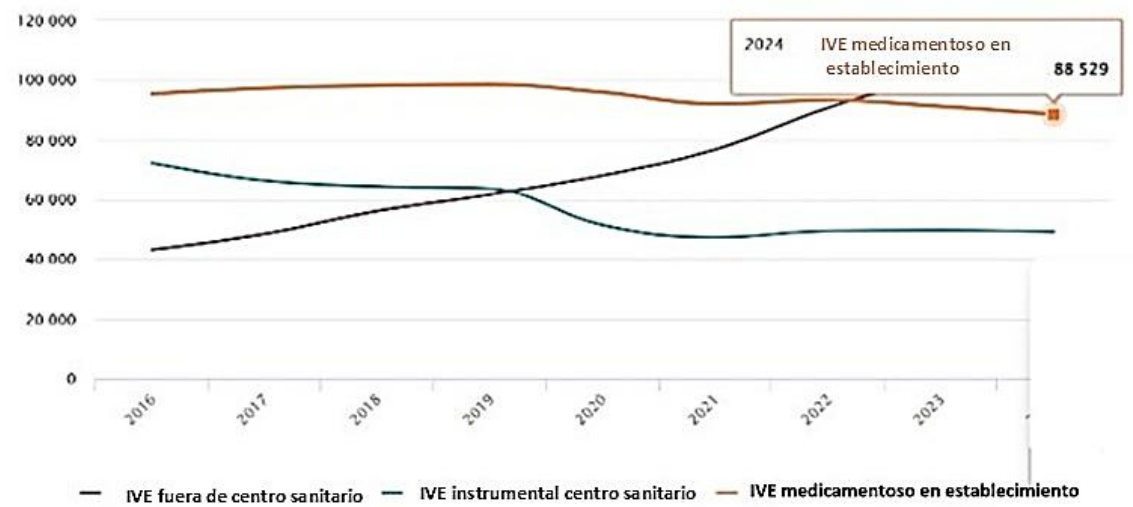
La mitad de los abortos realizados en consultas privadas son practicados por matronas.

En 2024, 1442 matronas , 900 ginecólogos u obstetras-ginecólogos y 920 médicos generales practicaron abortos en la práctica privada. Las matronas practicaron más de 50 000 abortos, lo que representa la mitad del total de abortos realizados en la práctica privada. Cerca de 1600 medicamentos fueron dispensados directamente a las mujeres por las farmacias como parte de las consultas de telemedicina para abortos.

Acceso a informe completo:
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250925-ER-ivg-en-france-en-2024

Fuente : DRESS

Gráfico - Evolución del número de abortos realizados dentro y fuera de centros sanitarios desde 2016.



LAS MATRONAS RECIÉN GRADUADAS EN GALES SE QUEDAN SIN TRABAJO

.

El Real Colegio de Matronas (RCM, por sus siglas en inglés) ha advertido que las matronas recién graduadas en Gales se están quedando sin trabajo a pesar de la creciente presión sobre los servicios de maternidad. El RCM ha advertido que en Gales, las matronas recién tituladas siguen desempleadas incluso después de tres años de formación y una importante deuda.

Han afirmado que algunas se han visto obligadas a buscar trabajo fuera del Servicio Nacional de Salud (NHS).Julie Richards, directora de RCM Cymru, dijo: *"Tenemos matronas en Gales, totalmente cualificadas y registradas, que están listas para comenzar sus carreras y cuidar de las mujeres y los bebés, pero se las está dejando al margen sin trabajo al que ir. "El Gobierno galés ha invertido en la formación de estas matronas, pero no está invirtiendo en su contratación.“*

"Esto también tiene que ver con la seguridad de la atención a la maternidad en Gales.“. "Los servicios de maternidad están sometidos a una presión cada vez mayor debido a la escasez de personal.“ "Necesitamos suficientes matronas en nuestras salas y debemos asegurarnos de que la próxima generación de matronas pueda incorporarse realmente a la profesión.“

“

El RCM afirmó que este año, 63 matronas recién tituladas se han quedado sin empleo debido a la menor disponibilidad de puestos de trabajo a través del proceso de simplificación del HEIW.En años anteriores, todas las matronas recién graduadas de Gales conseguían trabajo a través de este programa. El RCM insta al Gobierno galés a financiar puestos para recién graduados y a solucionar la actual escasez de personal. La Sra. Richards añadió: *"Seguiremos presionando hasta que todas las matronas recién tituladas de Gales tengan la oportunidad de comenzar su su carrera profesional.“. "Sabemos que somos más fuertes cuando permanecemos unidos, y por eso hemos lanzado esta petición."*



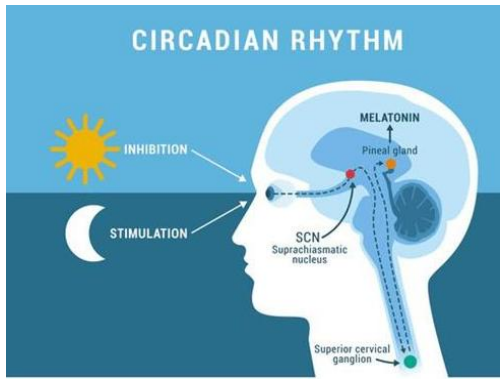
"Queremos que las matronas, los estudiantes, las familias y el público en general se unan a nosotros y nos ayuden a enviar un mensaje claro al Gobierno de Gales de que esta situación no puede continuar.“
"Estas matronas han hecho todo lo que se les ha pedido. Ahora le toca al Gobierno galés hacer lo que le corresponde.“

Megan Lewis, una graduada de Swansea que completó su licenciatura con honores de primera clase, fue una de las personas que se quedaron sin trabajo.
La Sra. Lewis dijo: *"No soy una persona que llore fácilmente, pero cuando abrí el correo electrónico que me decía que no había conseguido trabajo, lloré durante horas."*
"Siempre me había imaginado que terminar mi licenciatura en obstetricia sería uno de los momentos más felices de mi vida, pero en cambio, me quedé preguntándome qué demonios iba a hacer después."
Describió sentirse "decepcionada" por el sistema, señalando que el Gobierno galés financió su formación con la condición de que trabajara en Gales durante dos años después de obtener su titulación.

La Sra. Lewis dijo: *"¿Pero cómo se puede invertir en la formación de matronas, pedirles que se comprometan a trabajar en Gales y luego no proporcionarles los puestos de trabajo necesarios para ello?".*

Fuente: South Walles Argus

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA MATRONA, LA GESTANTE Y SU BEBE.



El 6 de octubre de 2026, con el patrocinio de la marca de colchones de cuna BABYKEEPER, se realizó una formación específica sobre sueño dirigida a matronas, organizada en torno a cuatro grandes áreas: fisiología y función del sueño, sueño y trabajo a turnos, sueño infantil y sueño durante el embarazo y la lactancia. Los contenidos fueron elaborados con la colaboración de profesionales expertos en medicina del sueño, entre ellos los doctores Gonzalo Pin y Javier Puertas de la UCA, el catedrático en cronobiología Juan Antonio Madrid de la Universidad de Murcia. El curso fue impartido por el profesor Dr. Ing. Tomás Zamora responsable de I+D de ESCI y profesor asociado de la UPV. El curso está pendiente de acreditación por parte de la Agencia de Acreditación de la Comunidad de Madrid.

La formación abordó el papel de los ritmos circadianos, la homeostasis del sueño y las consecuencias de su alteración, prestando especial atención a la cronodisrupción asociada al trabajo nocturno. En el ámbito maternoinfantil se revisaron, entre otros aspectos, el sueño seguro, los factores relacionados con la muerte súbita del lactante, los trastornos respiratorios del sueño, la plagiocefalia posicional, las modificaciones del sueño durante la gestación y la relación entre lactancia y ritmos circadianos. El curso puso de manifiesto la importancia de incorporar el sueño como elemento de valoración, prevención y educación sanitaria dentro de la práctica de las matronas.
Palabras clave: sueño; matronas; ritmos circadianos; embarazo; lactancia materna; sueño infantil; trabajo a turnos; cronodisrupción; muerte súbita del lactante.

Introducción

Dormir no constituye únicamente un periodo de inactividad. El sueño es un proceso biológico dinámico en el que tienen lugar modificaciones neurológicas, endocrinas, metabólicas, cardiovasculares e inmunológicas. Su alteración puede repercutir sobre el bienestar físico y emocional y, en determinados contextos, sobre la salud a largo plazo.

Esta perspectiva adquiere especial relevancia durante el embarazo, el puerperio y la primera infancia. En estas etapas se producen importantes modificaciones fisiológicas y conductuales que afectan al sueño de la mujer y del recién nacido. Al mismo tiempo, la matrona desempeña un papel fundamental en la educación sanitaria y el acompañamiento de las familias, por lo que disponer de conocimientos específicos sobre el sueño puede contribuir a mejorar la prevención y la detección precoz de determinadas alteraciones.
Con este objetivo se desarrolló una formación específica dirigida a matronas, en la que se realizó un recorrido desde los fundamentos de la fisiología del sueño hasta sus aplicaciones en el ámbito maternoinfantil. El programa incluyó una introducción al sueño, el análisis de los turnos de trabajo, la importancia del ciclo triptófano-serotonina-melatonina, el sueño del bebé y el sueño durante el embarazo y la lactancia.
Los contenidos contaron con la colaboración de los doctores Gonzalo Pin y Javier Puertas y de JA Madrid, integrantes del comité de expertos de ESCI.

Fisiología del sueño: comprender para intervenir
Uno de los primeros objetivos de la formación fue revisar los mecanismos que regulan el sueño. Se presentaron dos procesos fundamentales: el ritmo circadiano, relacionado con el reloj biológico interno, y la homeostasis del sueño, que determina la necesidad de dormir en función del tiempo transcurrido en vigilia y de la recuperación acumulada.



La arquitectura del sueño se analizó mediante el concepto de hipnograma, que permite visualizar la sucesión de las distintas fases y valorar aspectos relacionados con la profundidad y continuidad del descanso. La formación también abordó la actividad fisiológica que acompaña al sueño y la participación de hormonas y neurotransmisores.
Dentro de este marco se destacó la importancia de mantener una adecuada sincronización entre los diferentes ritmos biológicos. El organismo dispone de un marcapasos central y de osciladores periféricos que participan en la regulación de funciones como el ciclo sueño-vigilia, la secreción de melatonina, la temperatura corporal, la actividad motora, los ritmos endocrinos y la actividad alimentaria.
El curso incidió también en las consecuencias de la privación de sueño y presentó diferentes trastornos del sueño, entre ellos el insomnio, los trastornos respiratorios relacionados con el sueño, las hipersomnias centrales, las alteraciones del ritmo circadiano, las parasomnias y los trastornos del movimiento relacionados con el sueño.

Para las matronas, esta visión fisiológica proporciona un marco útil para interpretar determinadas quejas frecuentes de las mujeres y las familias. No todo problema relacionado con el descanso debe considerarse una alteración aislada: es necesario contextualizarlo en la etapa vital, los horarios, las condiciones ambientales y los cambios fisiológicos que esté experimentando la persona.

Sueño y trabajo a turnos: la importancia de la cronodisrupción
La segunda parte de la formación se centró en uno de los aspectos especialmente relevantes para los profesionales sanitarios: el trabajo a turnos.

El organismo presenta una organización temporal interna en la que participan, entre otros, la melatonina, el cortisol, la temperatura corporal, la presión arterial y la actividad muscular. Cuando los horarios laborales obligan a desarrollar actividad durante el periodo biológico destinado al descanso, puede producirse una desincronización entre el tiempo interno, el tiempo ambiental y el tiempo social. El material formativo denomina a este fenómeno cronodisrupción.
La formación permitió comprender que el trabajo nocturno no supone únicamente dormir menos horas. También puede implicar una alteración de la relación entre los diferentes sincronizadores del organismo. La luz, la actividad física, la alimentación, los contactos sociales y la regularidad de los horarios son elementos capaces de modificar o reforzar el sistema circadiano.

Desde esta perspectiva, se plantearon estrategias dirigidas a minimizar el impacto de los turnos. Entre las recomendaciones presentadas se encuentran conocer el cronotipo individual, desplazar progresivamente los hábitos horarios, evitar, en la medida de lo posible, turnos que supongan continuos adelantos de horario, evitar las siestas excesivamente prolongadas y cuidar tanto la alimentación como el periodo previo al sueño.

También se puso de relieve la importancia de la organización laboral. La monitorización de la relación entre tiempo interno, ambiental y social permite identificar situaciones de elevada desincronización, especialmente en trabajadores nocturnos.

Este planteamiento resulta particularmente pertinente para las matronas, cuya actividad asistencial puede incluir guardias y turnos nocturnos. El cuidado de la salud del profesional debe formar parte de las estrategias de seguridad y calidad asistencial, ya que la fatiga y la alteración del sueño pueden repercutir sobre el bienestar y el desempeño profesional.

Sueño en el bebé: prevención y educación sanitaria

La tercera parte del curso se dedicó al sueño infantil y abordó diferentes situaciones de interés para la práctica de las matronas: trastornos del sueño, muerte súbita del lactante, trastornos respiratorios, alergias, plagiocefalia posicional y condiciones de seguridad del entorno de descanso.

Muerte súbita del lactante y sueño seguro

La muerte súbita del lactante constituye uno de los principales problemas relacionados con el sueño infantil. La formación destacó la existencia de factores endógenos —como características genéticas, prematuridad o determinadas circunstancias del embarazo— y factores exógenos relacionados con el ambiente en el que duerme el bebé.



Entre estos últimos se abordaron el estrés térmico, la calidad del aire, la postura, la obstrucción de la vía aérea y la biocompatibilidad de los productos que rodean al lactante.
La prevención adquiere, por tanto, un papel fundamental. La matrona, tanto durante la educación prenatal como en el puerperio, se encuentra en una posición privilegiada para transmitir recomendaciones relacionadas con el entorno de sueño y ayudar a las familias a identificar situaciones potencialmente inseguras.

Trastornos respiratorios del sueño

Otro de los contenidos destacados fueron los trastornos respiratorios del sueño pediátricos. Se revisaron diferentes presentaciones, desde el ronquido habitual hasta el síndrome de resistencia de la vía aérea superior, la hipopnea obstructiva y la apnea obstructiva del sueño.
El interés de estos trastornos no se limita a la calidad del descanso. La formación señaló posibles repercusiones neurocognitivas y conductuales, como inatención, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, irritabilidad, fatiga y somnolencia diurna, además de posibles consecuencias cardiovasculares y endocrinometabólicas.
Para las matronas, conocer estas manifestaciones permite mejorar la capacidad de orientación de las familias y favorecer la consulta y derivación cuando se identifiquen signos de alarma.

Plagiocefalia posicional

La formación dedicó asimismo un apartado específico a la plagiocefalia posicional. Se revisaron factores prenatales, como la restricción intrauterina, la prematuridad o la tortícolis congénita, y factores postnatales, entre ellos la posición mantenida y el tortícolis adquirido.
Se subrayó la importancia de la detección precoz y de actuar sobre las causas subyacentes. Entre las medidas preventivas presentadas se encuentran favorecer el *tummy time* supervisado, realizar cambios frecuentes de posición y alternar los estímulos ambientales que puedan favorecer que el bebé mantenga siempre la cabeza hacia el mismo lado. Todo ello manteniendo las recomendaciones de sueño seguro y la posición de decúbito supino para dormir.

Este equilibrio entre prevención de la muerte súbita y prevención de deformidades craneales constituye un aspecto especialmente relevante en la educación que se proporciona a las familias.

Sueño durante el embarazo

El embarazo representa un periodo de importantes modificaciones del sueño. Según el contenido presentado durante la formación, la Sociedad Española de Sueño estima que hasta un 70% de las gestantes presentan algún trastorno del sueño.
Durante el primer periodo de la gestación pueden predominar la somnolencia y determinados cambios hormonales. Posteriormente, algunas mujeres experimentan una adaptación parcial, mientras que en las últimas semanas aumentan las dificultades relacionadas con los cambios físicos: distensión abdominal, movimientos fetales, lumbalgia y aumento de la frecuencia urinaria. Estos factores pueden favorecer despertares repetidos y disminuir la eficacia del sueño.
También se abordó el síndrome de piernas inquietas, especialmente relevante en las últimas etapas del embarazo y relacionado, según el contenido de la formación, con la reducción de los niveles de hierro.

Las recomendaciones incluyeron medidas relacionadas con alimentación, ejercicio moderado, hidratación, relajación y adecuación de la postura durante el descanso.
Desde la perspectiva de la atención a la gestante, preguntar por el sueño debería formar parte de una valoración integral. Identificar un descanso insuficiente o de mala calidad permite ofrecer educación sanitaria, explorar posibles causas y valorar cuándo es necesario realizar una evaluación más específica.



Sueño y lactancia: una relación bidireccional

La última parte del curso se centró en el sueño durante la lactancia y en la relación entre los ritmos biológicos maternos e infantiles.
Un concepto especialmente interesante presentado durante la formación fue el de cronofeeding, entendido como el estudio de la relación entre el momento de la alimentación y los ritmos circadianos. La leche materna contiene diferentes componentes cuya concentración puede presentar variaciones temporales.
Entre los componentes revisados se encuentran la melatonina y el cortisol/cortisona, cuya presencia presenta una relación circadiana descrita en el material formativo. También se analizaron otros elementos como leptina, prolactina, adiponectina, insulina y grelina, aunque con diferentes grados de evidencia respecto a la existencia y relevancia de sus ritmos circadianos.
La formación señaló particularmente la evidencia existente respecto a la melatonina y el cortisol/cortisona, mientras que otros componentes requieren mayor investigación para establecer con claridad su papel como señales circadianas.
Este campo abre una interesante perspectiva sobre la lactancia no solamente como fuente nutricional e inmunológica, sino también como posible vehículo de señales temporales entre madre e hijo.

Las regresiones del sueño

Dentro de esta sección se abordaron también las denominadas regresiones del sueño, con especial atención a los cambios observados alrededor de los cuatro meses.

Entre las recomendaciones recogidas en la formación se encuentran respetar las ventanas de vigilia, favorecer la exposición a luz natural durante el día y mantener oscuridad durante el descanso, establecer rutinas consistentes y favorecer progresivamente que el bebé pueda conciliar el sueño en condiciones de relajación.

Para las matronas, comprender estos procesos permite acompañar a las familias desde una perspectiva realista, evitando interpretar necesariamente cada modificación del patrón de sueño como una enfermedad y proporcionando herramientas adaptadas a las diferentes etapas del desarrollo.

Implicaciones para la práctica de las matronas

Uno de los principales aprendizajes de la formación es la necesidad de considerar el sueño como una dimensión transversal de la atención a la mujer, al recién nacido y a la familia.
En la práctica asistencial, la matrona puede incorporar preguntas sencillas sobre el sueño en diferentes momentos:

- Durante el embarazo, explorando duración, calidad, despertares, somnolencia diurna y síntomas asociados.
- En el puerperio, valorando el impacto del descanso sobre la recuperación materna y el bienestar.
- Durante la lactancia, acompañando a la familia en los cambios normales del patrón sueño-vigilia.
- En la atención al recién nacido, proporcionando educación sobre sueño seguro y detectando posibles factores de riesgo.
- En la educación para la salud, explicando la influencia de la luz, los horarios, la actividad y las rutinas sobre los ritmos circadianos.
- En las propias profesionales, favoreciendo estrategias de autocuidado y prevención de las consecuencias del trabajo a turnos.

La incorporación del sueño a la anamnesis permite, además, transformar una queja aparentemente inespecífica —«duermo mal», «estoy agotada», «mi bebé no duerme»— en una oportunidad para realizar una valoración más estructurada.

Conclusiones

La formación sobre sueño dirigida a matronas permitió realizar un recorrido transversal por los principales mecanismos fisiológicos que regulan el descanso y por sus implicaciones en la salud maternoinfantil.
El contenido puso de manifiesto que el sueño debe contemplarse como un elemento esencial de la atención integral y no como un aspecto secundario. La alteración de los ritmos circadianos, especialmente en el trabajo a turnos, puede afectar al bienestar de las profesionales, mientras que durante el embarazo y el puerperio los cambios fisiológicos y las nuevas demandas familiares pueden modificar sustancialmente el descanso.

En el ámbito infantil, la educación sobre sueño seguro, la identificación de factores de riesgo, el conocimiento de los trastornos respiratorios y la prevención de la plagiocefalia constituyen herramientas de especial interés para la práctica de la matrona.
Por otra parte, la relación entre lactancia y cronobiología, ejemplificada mediante el concepto de *chronofeeding,* representa un área de creciente interés que puede ampliar la comprensión de la interacción entre madre y recién nacido.
En definitiva, integrar el sueño en la valoración habitual de la mujer, del recién nacido y de la familia puede reforzar el papel de la matrona en la promoción de la salud, la prevención y la educación sanitaria.

La formación realizada constituye, en este sentido, una oportunidad para incorporar una mirada cronobiológica a los cuidados durante una de las etapas de mayor transformación fisiológica y familiar.

Autor: Tomás Zamora Álvarez Doctor Ing. Industrial Responsable de I+D en ESCI (European Sleep Care Innovation Lab) y prof. asociado de la UPV.

Bibliografía

1. Lee H, Xie L, Yu M, Kang H, Feng T, Deane R, et al. The Effect of Body Posture on Brain Glymphatic Transport. J Neurosci. 2015;35(31):11034-11044.
2. Kose G, Hatipoglu S. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. J Clin Nurs. 2012;21(13-14):1859-1867.
3. Lundgaard I, et al. Glymphatic clearance controls state-dependent changes in brain lactate concentration. J Cereb Blood Flow Metab. 2016;37(6).
4. Shokri-Kojori E, Wang GJ, Wiers CE, et al. β-Amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2018;115(17):4483-4488.
5. Chen AH, Lubkowicz D, Yeong V, Chang RL, Silver PA. Transplantability of a Circadian Clock to a Noncircadian Organism. Sci Adv. 2015. doi:10.1126/sciadv.1500358.
6. DiBaise JK, Zhang H, Crowell MD, Krajmalnik-Brown R, Decker GA, Rittmann BE, et al. Gut microbiota and its possible relationship with obesity. Mayo Clin Proc. 2008;83:460-469.
7. Sears ME, Kerr KJ, Bray RI. Arsenic, cadmium, lead, and mercury in sweat: a systematic review. J Environ Public Health. 2012;2012:184745. doi:10.1155/2012/184745.
8. Rechtschaffen A, Bergmann BM, Everson CA, Kushida CA, Gilliland MA. Sleep deprivation in the rat: X. Integration and discussion of the findings. Sleep. 1989;12:68-87.
9. Garaulet M, Madrid JA. Chronobiological aspects of nutrition, metabolic syndrome and obesity. Curr Opin Lipidol. 2009;20:127-134.
10. Bosch i Hugas J, Costa i Clara JM. Plagiocefalia posicional. Referencia incluida en el material docente de la formación.
11. Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Referencia citada en el material docente en relación con la tortícolis muscular congénita y la plagiocefalia posicional.
12. European Committee for Standardization. UNE EN 716:96. Mobiliario infantil. Cunas y cunas plegables para uso doméstico. Requisitos de seguridad y métodos de ensayo. Referencia recogida en el material docente.
13. European Committee for Standardization. UNE EN 1130:1996. Mobiliario infantil. Moisés para uso doméstico. Referencia recogida en el material docente.
14. European Committee for Standardization. UNE EN 16890:2018. Mobiliario infantil. Colchones para cunas y moisés. Requisitos de seguridad y métodos de ensayo.



SITUACIÓN ACTUAL DE LOS CENTROS DE MATERNIDAD INDEPENDIENTES EN EE.UU.

LAS INVESTIGACIONES DEMUESTRAN QUE LOS CENTROS DE MATERNIDAD ESTÁN RELACIONADOS CON MEJORES RESULTADOS DE SALUD

Los centros de maternidad independientes son instalaciones comunitarias —separadas de hospitales o centros médicos— que brindan atención a mujeres con embarazos de bajo riesgo durante todo el embarazo, el parto y el posparto. Las pacientes y sus familias reciben atención de matronas que las conocen, comprenden sus necesidades y preferencias, y que apoyan su derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención. Los centros de maternidad ofrecen una atención centrada en la autonomía de la paciente y la sensibilidad cultural, un modelo que puede reducir las disparidades en los resultados del embarazo y el parto para las comunidades negras e indígenas También se ha demostrado que los centros de maternidad minimizan las intervenciones médicas, como las cesáreas, que se asocian con un mayor riesgo de complicaciones.

Numerosas evidencias de otros países confirman que, cuando la atención en centros de parto se integra adecuadamente en un sistema integral de salud materna, reduce sistemáticamente los costos y mantiene resultados positivos tanto para la madre como para el recién nacido. La evidencia internacional también indica una mayor satisfacción materna con la atención en centros de parto dirigida por parteras en comparación con la atención hospitalaria (97 % frente a 78 %).Sin embargo, a pesar de la evidencia, el acceso a la atención en centros de parto sigue siendo limitado en Estados Unidos debido a factores como los requisitos regulatorios estatales, la escasez de proveedores y el reembolso insuficiente de Medicaid y los seguros privados.

Mientras los responsables políticos, las aseguradoras, las comunidades y los líderes de los sistemas de salud locales buscan maneras de mejorar los resultados de salud materna en los EE. UU., los centros de maternidad merecen mayor atención como parte de un sistema integral de atención de la salud materna . Este informe ofrece una visión general del estado actual de la atención en centros de maternidad independientes en los EE. UU. utilizando los datos disponibles, incluidas las tendencias en los partos en centros de maternidad, la variación en la disponibilidad de estos centros, la regulación en los distintos estados y las características de las pacientes y los proveedores en los centros de maternidad.

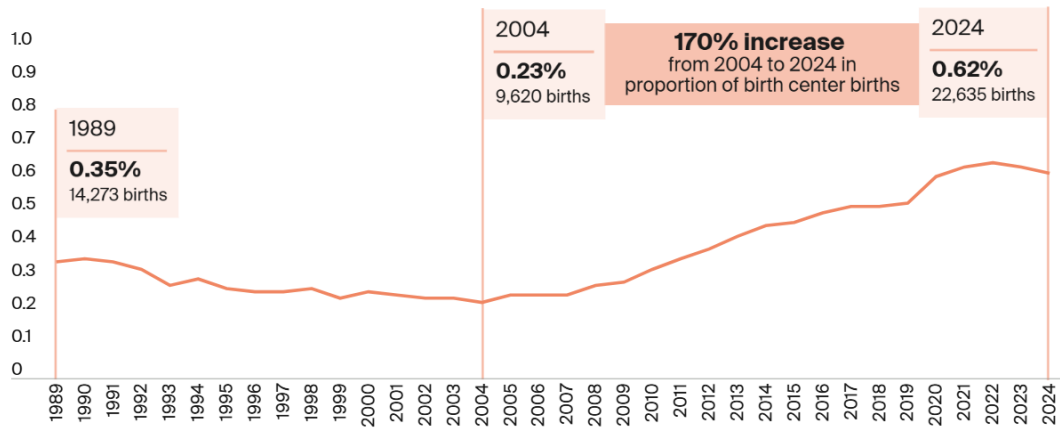
Puntos clave

Crecimiento: Los nacimientos en centros de maternidad independientes, que ofrecen un modelo de atención a la maternidad con poca intervención y dirigido por matronas, han aumentado desde 2004, pero aún representan menos del 1 por ciento de los nacimientos en Estados Unidos.

Acceso a la atención: La disponibilidad de centros de maternidad varía según el estado, en función, en parte, de factores como los requisitos de licencia, las normas sobre certificados de necesidad, el reembolso de Medicaid y los requisitos reglamentarios estatales.

Accesibilidad a la atención médica: Los altos costos que los pacientes deben pagar de su propio bolsillo y los bajos reembolsos de los seguros y de Medicaid para los centros de maternidad representan barreras financieras para las familias de bajos ingresos.

Oportunidades: Un reembolso adecuado por parte de Medicaid y los seguros privados, una fuerza laboral de parteras más sólida, alianzas con el sistema de salud y diversas estrategias de financiamiento que apoyen los modelos de parto comunitarios pueden ayudar a ampliar el acceso equitativo a los centros de parto.



Porcentaje de partos atendidos en centros o casas de partos.
Datos: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System Birth Data, and CDC WONDER Natality Information.

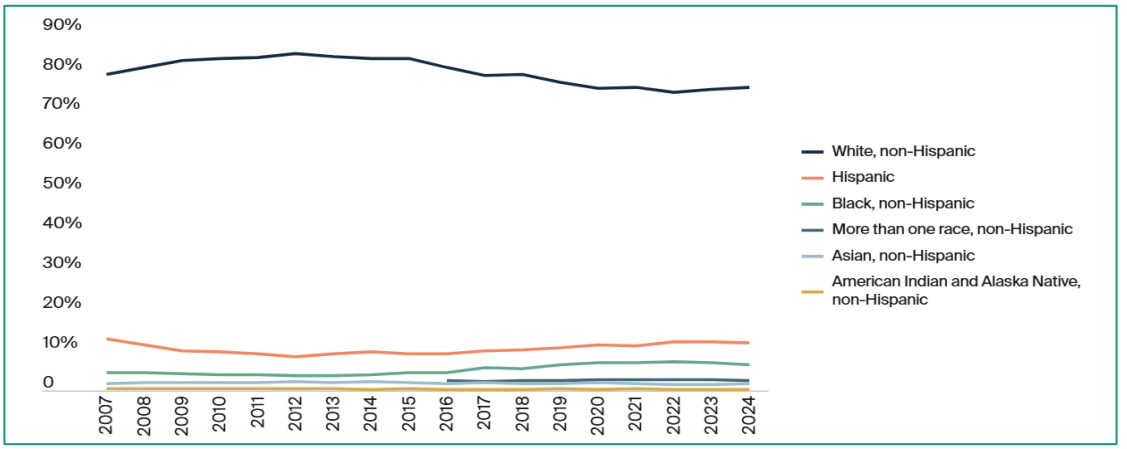
Fuente: Eugene Declercq et al., The Current State of Freestanding Birth Centers in the United States (Commonwealth Fund, Oct. 2026). https://doi.org/10.26099/2rqx-aa82

Los partos en centros de maternidad siempre han representado una proporción muy pequeña de los nacimientos en EE. UU., sin alcanzar nunca el 1 % del total. Sin embargo, tras un descenso gradual entre 1990 y 2004, el número de partos en centros de maternidad comenzó a crecer, incluyendo un aumento repentino de la demanda durante la pandemia de COVID-19, impulsado por la preocupación por los partos en hospitales. La proporción de todos los nacimientos en EE. UU. en centros de maternidad aumentó un 170 % en general entre 2004 y 2024, del 0,23 % al 0,62 %. Este aumento coincidió con un

crecimiento de los partos en el hogar durante el mismo período (un incremento del 171 % entre 2004 y 2024). 7 Sin embargo, se ha producido un ligero descenso en los partos en centros de maternidad desde 2022, posiblemente debido al cierre de centros de maternidad en algunos estados. Los estados del oeste y del sur representaron más del 80 % de este descenso reciente.
La exposición no incluye los partos planificados en centros de maternidad que requirieron traslados hospitalarios, pero un estudio exhaustivo reveló que el 12,1 % —aproximadamente uno de cada ocho— necesitó ser trasladado durante el trabajo de parto. A pesar de brindar atención durante el trabajo de parto, los centros de maternidad podrían no recibir el pago de Medicaid u otros seguros, o podrían recibir un pago reducido, si se produce un traslado hospitalario.

Las tasas de partos en centros de maternidad varían drásticamente entre los estados. En 2023 y 2024, el 5,18 % de los nacimientos de residentes de Alaska ocurrieron en centros de maternidad, en comparación con el 0,02 % de los residentes de estados como Misisipi y Arkansas, que no cuentan con estos centros, lo que obliga a las mujeres a viajar a otro estado con un centro de maternidad para dar a luz. Alaska es un caso particular debido a que su geografía crea comunidades remotas y barreras de transporte que contribuyen a modelos distintivos de atención materna, junto con un entorno regulatorio más permisivo surgido por necesidad. Alabama, Misisipi y Arkansas tienen grandes poblaciones rurales y desafíos significativos en el acceso a la maternidad que podrían beneficiarse de soluciones de parto comunitarias adaptables. Cinco estados adicionales —Washington, Idaho, Delaware, Montana y Oregón— registraron al menos el 1,5 % de sus nacimientos en un centro de maternidad, y otros seis estados registraron al menos el 1 % de sus nacimientos en un centro de maternidad.

A diferencia de otros datos sobre natalidad, donde existen patrones regionales, la distribución de los nacimientos en centros de maternidad es más aleatoria, determinada en gran medida por las diferentes políticas estatales que pueden permitir o restringir el establecimiento de dichos centros.



Porcentaje de partos en casas de partos por raza y etnicidad.
Data: Centers for Disease Control and Prevention, CDC WONDER Natality Information.

Source: Eugene Declercq et al., The Current State of Freestanding Birth Centers in the United States (Commonwealth Fund, Oct. 2026). https://doi.org/10.26099/2rqx-aa82

Los partos en centros de maternidad siguen concentrándose entre madres blancas no hispanas, que representaron más de tres de cada cuatro partos en centros de maternidad en 2024, una cifra inferior al máximo del 85 % alcanzado en 2013. Las madres hispanas representan un porcentaje cada vez mayor de los partos en centros de maternidad, pasando del 8,6 % en 2012 al 12,2 % en 2024. Del mismo modo, las madres negras no hispanas representaron el 3,9 % de los partos en centros de maternidad en 2012 y el 6,6 % en 2024.

En los últimos años, ha aumentado la demanda de brindar mayor acceso a centros de maternidad a mujeres de color, quienes enfrentan peores resultados pre y postnatales que sus pares blancas. Los servicios individualizados de salud materna, ofrecidos en la comunidad por personal más diverso que en los hospitales, pueden promover la equidad en el parto al fomentar una atención centrada en la cultura y la autonomía de la paciente.

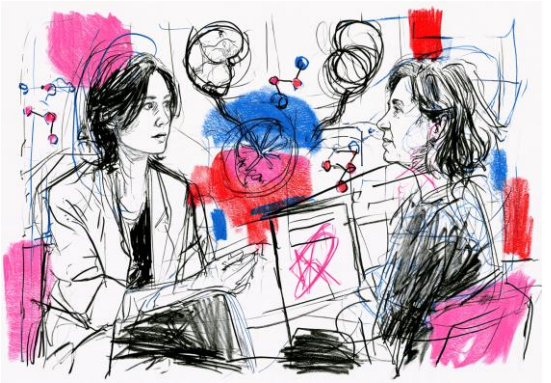
Los partos en centros de maternidad son competencia exclusiva de las matronas. En 2024, las enfermeras obstetras certificadas y las matronas certificadas atendieron a poco menos de la mitad (49,5 %, o 11.187) de todos los partos en centros de maternidad, mientras que las matronas profesionales certificadas atendieron a la mayoría del resto (42,7 %, o 9.642).<.Los médicos con título de MD o DO atendieron al 1,4 %.

Discusión
La Asociación Estadounidense de Centros de Parto sugiere que estos centros tendrán mayor éxito como parte de un sistema de atención médica integrado, guiado por los principios de prevención, sensibilidad, seguridad, intervención médica apropiada y rentabilidad.

Información completa :
https://www.commonwealthfund.org/publications/issuebriefs/2026/oct/current-state-freestanding-birth-centers-united-states

Fuente: The Commomwealth Fund

LA MINISTRA DE SANIDAD FRANCESA QUIERE REFORZAR EL PAPEL DE LAS MATRONAS ABRIENDO DEBATES SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.



En la Conferencia sobre la Menopausia, la Ministra de Sanidad anunció que había solicitado a la Autoridad Nacional de Salud francesa (HAS) que estudiara las condiciones para extender la prescripción de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) a las matronas. Se prevé que las recomendaciones sobre el manejo integral de la menopausia estén disponibles a mediados de 2027.

La ministra de Sanidad, Stéphanie Rist, quiere " examinar seriamente" el fortalecimiento del papel de las matronas en la atención a las mujeres en la perimenopausia o la menopausia y, en particular, ha pedido a la Alta Autoridad Sanitaria (AAS) que examine las condiciones en las que estos profesionales sanitarios podrían prescribir la terapia hormonal menopáusica (THM), según declaró el 15 de octubre al clausurar la primera Conferencia sobre la Menopausia, organizada en París.

La celebración de conferencias nacionales sobre la menopausia y la autorización a las matronas para prescribir terapia de reemplazo hormonal (TRH) fueron algunas de las recomendaciones de la misión parlamentaria sobre la menopausia encomendada a Stéphanie Rist en octubre de 2024, cuando era diputada. Tras la presentación de su informe en abril de 2025, el gobierno anunció medidas iniciales para mejorar la prevención y el apoyo a las mujeres.

Ampliar el abanico de profesionales que pueden prescribir la terapia de reemplazo hormonal (TRH) tiene como objetivo facilitar la atención a las mujeres afectadas en un contexto de escaso número de ginecólogos y desigualdades territoriales en el acceso a un médico.

En 2025, 496.245 mujeres, que representan el 2,5% de las mujeres mayores de 40 años y el 4,4% de las de entre 45 y 60 años, estaban tomando terapia de reemplazo hormonal (TRH) en Francia, según datos publicados en junio por el grupo de interés científico (GIS) Epi-Phare.

Las matronas *"ya realizan consultas ginecológicas" durante la perimenopausia y la menopausia, "se enfrentan a estas situaciones a diario" y "podrán asumir consultas prolongadas sobre la menopausia en el futuro ",* recordó Stéphanie Rist.

Para la ministra de Sanidad, Familias, Autonomía y Personas con Discapacidad, se trata de «profesionales de la prevención cuyo papel puede reforzarse siempre que no entremos en zonas de alto riesgo » . «Conocen sus límites », insistió.

El programa mejorado "Mi Evaluación de Prevención", el mayor protagonismo de las matronas y la difusión de las mejores prácticas entre los profesionales sanitarios figuran entre la docena de compromisos presentados en la primera "Conferencia sobre la Menopausia". La organización de este

evento fue una de las 25 recomendaciones para 2025 incluidas en un informe fruto de una misión encomendada por Emmanuel Macron a Stéphanie Rist, entonces miembro del Parlamento.

Médicamente sinónimo del cese de la actividad ovárica y de los ciclos menstruales, la menopausia tiene diversas consecuencias para la salud de la mujer: síntomas a veces debilitantes, riesgo de desarrollar patologías futuras (osteoporosis, riesgos cardiovasculares, riesgos cognitivos, etc.).

Pero "incluso hoy en día ", dijo Stéphanie Rist a Paris Santé Campus, *"la respuesta depende con demasiada frecuencia de la capacidad de cada mujer para desenvolverse por sí misma" porque la menopausia sigue siendo "un punto ciego colectivo "* .Para examinar las condiciones y garantías que permiten a las matronas prescribir la terapia de reemplazo hormonal (TRH), consultó con la HAS (Autoridad Nacional de Salud francesa). Se espera que la HAS emita su dictamen en el primer trimestre de 2027, según declaró Stéphanie Rist a APMnews en una entrevista posterior a la conferencia.

En su discurso, aseguró que no estaba prejuzgando la opinión de la HAS y que basaría su decisión en lo que dice la ciencia: "Es vinculante para todos y sé que aquí todos están comprometidos con ella".

Este tema fue ampliamente debatido durante la conferencia. La profesora Geneviève Plu-Bureau, presidenta del consejo científico de Agir pour le cœur des femmes (Acción por los corazones de las mujeres), ginecóloga y epidemióloga del Hospital Cochin-Port-Royal (París, AP-HP), argumentó que las prescripciones iniciales deberían reservarse para médicos generales y ginecólogos para garantizar una evaluación exhaustiva de todos los factores de riesgo, mientras que otra ginecóloga del público expresó su pesar por esta reticencia. Desde la perspectiva de las matronas, Isabelle Derrendinger, presidenta del Consejo Nacional de la Orden de Matronas (CNOSF), afirmó que estaban "dispuestas" a prescribir la TRH, haciendo hincapié en la necesidad de un enfoque gradual de la atención y la colaboración interprofesional .

Próximamente comenzarán las negociaciones con las matronas en relación con la ampliación de las consultas. En lo que respecta a las consultas ampliadas sobre la menopausia, que permiten a las mujeres someterse a una "evaluación integral" realizada por un médico o una matrona, la ministra recordó que, de acuerdo con un compromiso del Presidente de la República, Emmanuel Macron, *incluyó este principio en cuanto llegó al ministerio.*

"Estas consultas deben implementarse ahora mediante negociaciones convencionales entre profesionales y compañías de seguros de salud ", observó.

Para los médicos, estas negociaciones, que comenzaron en primavera, *"no llegaron a ninguna conclusión",* pero "habrá que abrir otras". Y para las matronas, las negociaciones del convenio colectivo, incluida esta consulta ampliada, comenzarán "en un futuro muy próximo " .

Señaló que, desde septiembre, los fisioterapeutas están autorizados a prescribir ciertos tratamientos locales no hormonales. El objetivo será "informar sin crear un clima que genere ansiedad y reconocer las dificultades sin reducir la menopausia a un período de declive ", explicó. También anunció la elaboración de una guía de buenas prácticas para comunicar información sobre la menopausia al público en general, porque

"las palabras pueden ser torpes y limitantes en lugar de liberadoras ". Se ha presentado una guía de buenas prácticas para creadores de contenido con el fin de ayudarlos a "identificar mejor las fuentes confiables, presenta presentar con precisión lo que dice la ciencia y lo que no dice, reconocer las señales de desinformación y dirigir a los usuarios a los recursos adecuados " .

Se lanzará en la página web sante.fr un "minisitio dedicado íntegramente a la menopausia" , similar al que ya existe para la endometriosis.

Finalmente, indicó que el tema de la menopausia se integrará plenamente en el trabajo que se está realizando sobre la desinformación en materia de salud.

Recomendaciones de la HAS para el final del primer semestre de 2027.

En lo que respecta a los profesionales, recordó que la HAS está elaborando actualmente recomendaciones sobre el manejo general de la menopausia, tras haber confirmado en octubre de 2025 el papel de la terapia de reemplazo hormonal en el manejo de los trastornos menopáusicos y la prevención de la osteoporosis posmenopáusica en mujeres con riesgo de fractura.

Un representante de la HAS especificó que deberían publicarse a finales del primer semestre de 2027. La ministra desea que, posteriormente, la aseguradora de salud se dirija a los profesionales sanitarios mediante una comunicación específica sobre ellas y que sirvan de base para el desarrollo de herramientas que faciliten la toma de decisiones médicas.

«Hoy en día, la calidad de la respuesta depende con demasiada frecuencia del profesional consultado, no porque los profesionales sanitarios carezcan de buena voluntad, sino porque carecen de puntos de referencia comunes », lamentó. *«Mañana, ese mismo conocimiento deberá impregnar todo el sistema sanitario».* Argumentó que el tema de la menopausia también se integrará entre las orientaciones prioritarias de la formación continua para profesionales y en todas las unidades de formación e investigación en salud.

Finalmente, anunció que encomendaría a la Alta Comisión de Estrategia y Planificación la misión de evaluar el costo social y económico de la falta de información, apoyo y atención relacionados con la menopausia*, "para las mujeres, los empleadores y la sociedad ".* Señaló que este costo se ha estimado en 11.000 millones de euros anuales en Japón. Se espera que las conclusiones de la misión se publiquen en 2027, coincidiendo con el Día Mundial de la Menopausia, el 18 de octubre.La conferencia fue organizada por el Ministerio de Sanidad, junto con el Ministerio de Trabajo y Solidaridad y el Ministerio de Igualdad entre Mujeres y Hombres y de Lucha contra la Discriminación.

Fuente: What´s up doc_



ENTREVISTA FRANCISCO JAVIER FERNÁNDEZ CARRASCO DEL PARITORIO A LA UNIVERSIDAD

Nacido en Algeciras, se formó como matrón en Tenerife y dedicó dos décadas a la asistencia obstétrica en distintos hospitales. Hoy es profesor de la Universidad de Granada y coordinador del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta. En esta conversación recuerda los comienzos, las personas que han marcado su camino y el giro inesperado que lo llevó de las guardias a las aulas.

Habla con humor de las dificultades, con afecto de su familia y sus compañeros y con orgullo de una profesión que volvería a elegir sin dudarlo.

«No cambiaría mi vida como matrón por nada del mundo»

P. Para empezar, ¿quién es Francisco Javier Fernández Carrasco cuando deja a un lado los títulos y los cargos?

R. *Soy de Algeciras y el segundo de tres hermanos: tengo una hermana mayor y otra más pequeña. Vengo de una familia humilde y muy trabajadora. Mi padre trabajó durante años en la mar y, después, consiguió un empleo en una empresa del puerto. De una manera u otra, su vida laboral siempre estuvo ligada al mar. Mi madre se ocupaba de la casa, pero también hacía arreglos de costura para ayudar a la economía familiar. No sobraba el dinero, aunque nunca faltó lo importante. Recuerdo una infancia muy feliz, sin grandes lujos, sin demasiados viajes y sin salir a menudo a comer fuera. Eso sí, en casa comíamos de maravilla, porque mi madre ha sido siempre una cocinera extraordinaria. De ahí me viene, por cierto, otra de mis grandes pasiones: la cocina.*

Estudié en el colegio salesiano de Algeciras y los valores que aprendí allí siguen muy presentes en mi vida. Creo que he conservado bastante de aquel niño. Soy una persona algo tímida y discreta; suelo decir, medio en broma y medio en serio, que hablo bastante menos de lo que sé. Me gusta escuchar, observar y no hacer demasiado ruido. A veces pienso que aquella infancia, tan sencilla y tan feliz, me enseñó a distinguir lo esencial de lo accesorio. Mis padres trabajaron muchísimo para que a nosotros no nos faltara nada importante, y eso es algo que uno aprende a valorar aún más cuando se hace mayor. Y, por encima de todo, valoro muchísimo a mi familia y a mis amigos.

P. ¿Cómo llegó aquel niño de Algeciras a descubrir que quería ser matrón?

R. Desde pequeño sabía que quería dedicarme a algo relacionado con la salud. Me atraían la Medicina, la Enfermería e incluso la Veterinaria. Durante un tiempo pensé en estudiar Medicina y especializarme en Ginecología, pero cuando llegó el momento de elegir valoré también las circunstancias de mi familia. Enfermería podía estudiarla en Algeciras, sin necesidad de marcharme fuera ni ocasionar a mis padres un gasto importante. Estoy convencido de que ellos habrían hecho cualquier sacrificio para que pudiera estudiar lo que quisiera, pero yo conocía bien el esfuerzo que realizaban cada día para sacarnos adelante y no quería añadirles esa carga económica. Y así fue como terminé matriculándome en Enfermería.

La verdadera vocación por ser matrón me la transmitió mi madre. En mi familia no había profesionales sanitarios, pero ella siempre había querido ser matrona.

Por las circunstancias de su época no pudo cumplir ese sueño y, sin darse cuenta, me fue contagiando su ilusión desde pequeño. Curiosamente, la Enfermería general no me entusiasmaba del mismo modo: me costaba imaginarme conviviendo todos los días con ciertas situaciones de sufrimiento. Yo estudiaba Enfermería con una idea muy clara, llegar a ser matrón. Y si no lo hubiera conseguido, probablemente habría acabado entre fogones, porque cocinar también me apasiona.
La confirmación llegó durante las prácticas. Entré al paritorio y presencié mi primer nacimiento; el matrón que lo atendía era Luis Torrecilla. Habíamos entrado dos estudiantes y, en pleno expulsivo, mi compañera se desmayó. Yo, en cambio, estaba fascinado. Cuando terminó todo, me acerqué a Luis y le dije: «Esto es lo que quiero hacer». Él me explicó que acceder a la especialidad era dificilísimo, que había poquísimas plazas y que muchos compañeros se marchaban a Inglaterra para formarse. Lejos de desanimarme, aquello me dio todavía más ganas. Fue uno de esos instantes que parecen pequeños mientras ocurren, pero que terminan cambiándote la vida. Recuerdo perfectamente la imagen del paritorio, la emoción de aquel nacimiento y, sobre todo, la sensación de haber encontrado por fin mi sitio.

P. En 2003 te presentaste al EIR. ¿Cómo recuerdas la elección de plaza?

R. *Acabé Enfermería en junio de 2002 y me presenté al EIR en febrero de 2003. Aquel año se ofertaron 229 plazas de matrona. En aquella época se valoraba la experiencia profesional y yo partía con desventaja: acababa de salir de la carrera y no tenía tiempo trabajado que sumar. Cuando alguien me decía que era prácticamente imposible, yo contestaba: «Bueno, como solamente necesito una, todavía me sobran 228» (risas). Tenía mucha ilusión, aunque era consciente de que no lo tenía fácil.*
Mis padres me acompañaron a Madrid para elegir plaza. Lo recuerdo como uno de los días con más nervios de mi vida. Cuando llegó mi turno, quedaban solo siete: una en Tenerife y seis en Gran Canaria. No había término medio: o me marchaba a Canarias o me quedaba sin especialidad. Pensé que aquel tren no pasaría dos veces, me lie la manta a la cabeza y elegí Tenerife. Fue una decisión enorme: después de haber estudiado siempre en Algeciras, me tocaba marcharme muy lejos para hacer realidad mi sueño. Hoy sé que fue una de las mejores decisiones que he tomado. Mis padres estuvieron conmigo en aquel momento decisivo, y eso también forma parte de lo que recuerdo con emoción. Me habían acompañado hasta allí y, cuando llegó la hora de elegir, tuve que dar el paso por mí mismo. Una plaza que para otros podía parecer lejanísima era, para mí, la posibilidad de dedicarme a lo que verdaderamente quería.

P. ¿Qué te llevaste de esos dos años de residencia en Tenerife?



R. *Muchísimo. Llegué siendo el único residente de mi promoción que procedía de la Península; el resto eran canarios o llevaban ya tiempo viviendo en las islas. Y, sin embargo, me hicieron sentir como en casa desde el primer día. Guardo un cariño enorme a mis tutoras, Mawi e Isabel Careno, que me enseñaron tanto y me acogieron tan bien; a los residentes mayores Diego Caballero y Santiago Fernández; y a mis compañeros y compañeras de promoción, Lina, Marian, Tini, Mónica y Sara. Fueron años de aprender a marchas forzadas, de muchas risas y de una convivencia que recuerdo con verdadera nostalgia.*
No todo fueron momentos fáciles. Mi primera paciente en dilatación fue una situación para la que no estaba preparado: una mujer con un problema importante de consumo de drogas, muy alterada, a la que apenas sabía cómo ayudar.

Me pasé horas a su lado, intentando que no se hiciera daño ni quemara las sábanas con unos cigarrillos que todavía hoy no sé de dónde sacaba.
Era un recién llegado y me sentí completamente desbordado. Llegué a pensar: «Como todas las guardias sean así, no sé si esto va a ser lo mío». Luego comprendí que era una situación excepcional y que precisamente la profesión exigía aprender a acompañar también en circunstancias difíciles. Con el tiempo aquella primera experiencia quedó como una de tantas historias que uno recuerda al hablar de la residencia. Me enseñó que llegar con muchas ganas y buenos conocimientos no significa saber manejar todas las situaciones desde el primer minuto. En un paritorio también hay que aprender a conservar la calma, a pedir ayuda y a comprender que cada mujer llega con una historia distinta.
Terminé la especialidad en junio de 2005. Volví de Tenerife muy bien preparado, pero, sobre todo, con la certeza de haber elegido el camino correcto y con un puñado de personas a las que sigo recordando con muchísimo cariño.

P. Terminaste la residencia con apenas 25 años. ¿Cómo fueron tus primeros años de ejercicio profesional?



R. *Por entonces había escasez de matronas y yo tenía unas ganas tremendas de comerme el mundo. Así que empecé trabajando en tres centros: el Hospital de Ceuta, el Hospital de La Línea de la Concepción y Hospiten Estepona. Ahora pienso en aquel ritmo y me parece una barbaridad, pero entonces tenía toda la energía y toda la ilusión. La formación recibida en Tenerife había sido tan buena que, cuando me tocó trabajar sin tener a un tutor al lado, no sentí ese miedo que podría haber esperado. Sabía que me quedaba muchísimo por aprender, pero me sentía capaz de asumir la responsabilidad.*
Las guardias en Ceuta fueron especialmente intensas. Había mucho trabajo y una sola matrona por turno. Allí establecí un récord personal que no se me olvida: atendí doce partos en una sola noche. ¡Doce! Fueron horas agotadoras, de las que acabas sin saber de dónde has sacado las fuerzas.
Sin embargo, disfrutaba tanto que, muchas veces, tenía la sensación de estar haciendo algo que me gustaba más que de estar trabajando. Me apasionaba el paritorio, el trato con las mujeres, la incertidumbre de cada guardia y la satisfacción de acompañar un nacimiento. No eran veinte años de trabajo idénticos unos a otros: ningún parto era igual al anterior, y eso me obligaba a estar atento, a seguir aprendiendo y a implicarme en cada situación. Era un oficio que me exigía mucho, pero me devolvía todavía más.

P. Has visto cambiar mucho la atención al parto. ¿Qué diferencias encuentras entre aquellos primeros años y los últimos partos que atendiste?

R*. Gracias a Dios, ha cambiado muchísimo, y creo que para mejor. Cuando me formé se practicaban demasiadas episiotomías, se rasuraba y se administraban enemas de forma sistemática. Se daba muy poca libertad de movimiento y la posición de parto se reducía prácticamente a la litotomía. Muchas cosas se hacían sencillamente porque siempre se habían hecho así. Hoy sabemos que no es una justificación suficiente.*
Con los años hemos aprendido a revisar esas rutinas, a incorporar la evidencia científica y a individualizar la atención. Pero para mí hay otro cambio igual de importante: ahora escuchamos mucho más a las mujeres. Sus decisiones, sus preferencias y sus expectativas deben formar parte de

la atención. No se trata de que el profesional desaparezca, sino de que aporte información, conocimientos y seguridad sin arrebatarle a la mujer el protagonismo sobre su propio parto.
Yo también he cambiado mucho. He tenido que cuestionar cosas que aprendí al principio y adaptar mi práctica a nuevas recomendaciones. Lo digo con toda naturalidad: no tienen nada que ver los partos que atendía cuando empecé con los últimos que asistí. Y me parece una buena señal. En sanidad, quien lleva veinte años haciendo exactamente lo mismo, sin revisar nada, probablemente se está perdiendo algo importante.

P. Incluso llegaste a atender partos en casa. ¿Qué recuerdas de aquella experiencia?

***R**. Fue una etapa muy especial y, curiosamente, surgió por iniciativa de las propias mujeres. Algunas acudieron a buscarme al hospital para preguntarme si podía acompañarlas durante el parto en su domicilio. Yo me sentía seguro de mi formación y de mi experiencia, y decidí hacerlo.*
Guardo un recuerdo precioso de esos nacimientos. El ambiente era distinto: el hogar, la intimidad, las personas de confianza alrededor y una relación con la mujer que se vivía de otra manera. No quiero idealizarlo, porque cualquier parto exige responsabilidad y porque la seguridad materna y neonatal debe estar siempre por delante. Pero aquellas experiencias reforzaron una convicción que me acompañó durante toda mi carrera: más allá del lugar donde se produce el nacimiento, una mujer necesita sentirse escuchada, segura y respetada. Fueron partos que dejaron una huella muy especial en mí. Y me recordaron que la confianza de una mujer en su matrona es algo que no puede darse por supuesto: se gana escuchando, estando presente y respondiendo con profesionalidad. Eso lo aprendí en el hospital y lo volví a sentir de una manera muy intensa en aquellas experiencias.

P. Cuando hablas de tus hospitales, siempre aparecen nombres de compañeros. ¿Qué personas han marcado tu camino?

***R.** Una de las mejores cosas que me ha dado esta profesión son las amistades. En el Hospital de Ceuta compartí muchísimas experiencias con Carmen Vázquez y con mis grandes amigos Juani Vázquez y Luciano Rodríguez. Con Juani existe, además, una coincidencia preciosa: nuestros padres fueron grandes amigos y, años después, el destino nos reunió sin que lo hubiéramos planeado, esta vez trabajando juntos. Hoy nuestra amistad es muy especial. Y Luciano es la demostración de que un amigo de verdad está también cuando las cosas se ponen difíciles. Y Rocío Palomo merece una mención muy especial. Ella vio nacer a mi hijo y estuvo a mi lado en un momento muy importante de mi vida. Su cariño, su cercanía y su apoyo fueron mucho más allá de lo profesional. Hay gestos que uno no olvida, y los suyos son de esos que te acompañan siempre. Hoy tenemos una amistad que valoro enormemente.*

En el Hospital de La Línea de la Concepción me sentí extraordinariamente a gusto. Mis compañeras y compañeros me acogieron de maravilla; recuerdo con enorme cariño a Amalia, Gabi, Emilio, Raúl y Concha. De mi etapa en Hospiten Estepona, uno de los mejores regalos fue conocer a Azahara, que entonces era enfermera de quirófano. La amistad nació en una situación que ninguno de los dos olvidará: en el primer parto en el que ella participaba tuvimos que afrontar una hemorragia posparto y una intervención especialmente angustiosa. Aquellos momentos nos unieron y nuestra amistad fue creciendo. Con el tiempo tuve el privilegio de dirigir su tesis doctoral y ahora, después de tantas vueltas que da la vida, somos también compañeros en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta. Y lo mejor de todo es que, pese a todo, seguimos siendo grandes amigos.
Mis últimos años de actividad asistencial los pasé en el Hospital Punta de Europa de Algeciras, donde me acuerdo especialmente de Encarni, Javi Riesco, Paqui Martínez, Carmen Blanco y Pili. Y también de compañeras auxiliares de Enfermería como Eli y Mari Ángeles, que siguen siendo grandes amigas.

Seguro que al mencionar unos nombres me dejo otros, porque he tenido la suerte de trabajar con profesionales magníficos en todos los lugares. Siempre se habla de la importancia de los equipos de trabajo, y yo lo he vivido muy de cerca: en una guardia complicada es un alivio saber que tienes a tu lado a alguien en quien confías. Algunas de esas personas dejaron de ser solamente compañeros hace muchos años. Pero si algo he aprendido es que, con los años, uno no recuerda solamente las guardias o los partos: recuerda, sobre todo, con quién los vivió.

P. Detrás de veinte años de guardias hay también una familia. ¿Cómo habéis conciliado esos años?

R. *Mi familia es lo más importante que tengo: mi mujer, Conchi, mi hija mayor, Alejandra, y mi hijo pequeño, Urbano. Y, si soy sincero, hice demasiadas guardias. Mientras yo estaba en el hospital atendiendo partos, ellos me esperaban en casa. Cuando eres joven y disfrutas tanto con el trabajo, a veces tardas en darte cuenta de todo el tiempo que estás dejando de compartir con los tuyos.*

Tuve la suerte de que Conchi también es sanitaria y comprende muy bien lo que significan las noches, los turnos, los festivos y los cambios de planes. Sin esa comprensión habría sido mucho más difícil sostener aquel ritmo. La universidad también exige dedicación, por supuesto, pero desde que me dedico a la docencia nuestra vida es mucho más tranquila en este aspecto. He aprendido a valorar de otra manera el tiempo en familia. Los logros profesionales alegran, pero nada de eso tiene el mismo sentido si no puedes compartirlo con las personas a las que quieres.



P. ¿Cómo apareció la investigación en la vida de alguien que disfrutaba tanto en el paritorio?

R. *A mí siempre me interesó mucho la sexología. En 2012 me matriculé en un máster de Sexología de la Universidad de Almería, que entonces duraba dos años. Me encantó, aprendí muchísimo y me ayudó a ofrecer una atención más integral a las mujeres. Lo compaginé con muchas guardias, así que cuando lo terminé pensé que por fin podría descansar y que aquella etapa de formación había concluido.*

Pero apenas dos días después sonó el teléfono. Era mi tutor del Trabajo Fin de Máster, el doctor Tesifón Parrón. Me dijo que mi trabajo era muy bueno y que, mejorándolo y ampliándolo, podríamos hacer una tesis doctoral. Mi respuesta fue un no casi inmediato: ***«Tesifón, trabajo muchísimo, hago demasiadas guardias y el máster me ha costado un esfuerzo enorme; no puedo seguir a este ritmo».*** *Y él me contestó algo que nunca he olvidado:* ***«Precisamente por eso te llamo. Una tesis puede abrirte las puertas de la universidad y cambiarte la vida».***

Me citó en su despacho y acabó convenciéndome. Nos pusimos a trabajar en una tesis sobre el deseo sexual durante el embarazo, tanto en la mujer como en el hombre. Fue un trabajo precioso, que me permitió descubrir una faceta de la profesión que apenas había explorado. Lo curioso es que yo había empezado el máster solo para aprender más y ser mejor matrón. Nunca imaginé que aquella llamada terminaría cambiando el rumbo de mi carrera. Lo que más me sorprendió fue descubrir que la investigación no estaba tan lejos de las preguntas que nos hacíamos todos los días en la práctica clínica. Había cuestiones que observaba en la consulta o en el paritorio y que merecían algo más que una respuesta basada en la costumbre: merecían estudiarse.

P. Hablas de Tesifón Parrón con especial agradecimiento. ¿Qué ha significado para ti como investigador?



R. *Muchísimo. Tesifón fue mi director de tesis y hoy es un gran amigo. Me enseñó prácticamente todo lo que sé de estadística y me inculcó la pasión por investigar. Pero por encima de los conocimientos me enseñó a superarme, a no conformarme con lo primero y a intentar cosas que en un principio parecían demasiado difíciles.*

Siempre tuve la tranquilidad de saber que, por complicado que fuera el reto, podía contar con su apoyo. Y con un respaldo así no tenía miedo a tirar para adelante. Es algo que valoro especialmente: hay personas que te abren una puerta y otras que, además, se quedan a tu lado mientras aprendes a cruzarla. En mi caso, Tesifón hizo las dos cosas.

P. ¿De qué investigación te sientes más orgulloso?



R. *He disfrutado muchísimo con distintos proyectos, pero recuerdo con especial orgullo nuestra investigación sobre los beneficios del parto vaginal frente a la cesárea electiva en los partos con presentación de nalgas. Es un tema que me interesaba profundamente por lo que implica para la práctica obstétrica. Publicarlo en una revista científica de máximo impacto ya fue una satisfacción enorme.*
Además, aquel trabajo recibió el Premio Martín Farfán 2023 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Más adelante tuve el honor de ser nombrado académico correspondiente de esa institución. Son reconocimientos que nunca imaginé cuando era un estudiante cuyo único objetivo consistía en conseguir una plaza de matrona.
Y, sin embargo, lo que más me sigue ilusionando de la investigación no es el premio, sino pensar que una pregunta bien planteada y estudiada puede contribuir a revisar prácticas y mejorar la asistencia. Eso conecta directamente con el matrón que he sido durante veinte años.

P. ¿Cómo fue descubrir la docencia y llegar a la Universidad de Granada?



R*. Mi primer contacto con la enseñanza llegó en Ceuta, donde impartí clases en la Unidad Docente de Matronas. Pero mi entrada en la universidad fue en la Facultad de Enfermería de Algeciras, con un contrato de profesor asociado. Me acogieron estupendamente Carmen Paublete, Pilar Bas, Matina Fernández y Miriam Poza, que comenzaron siendo compañeras y hoy son amigas. Tuve la suerte de impartir Salud Sexual y Reproductiva, una asignatura con la que me sentía como pez en el agua.*

Después de tantos años trabajando como matrón, no me limitaba a explicar la teoría: podía contar a los estudiantes lo que había vivido, plantearles situaciones clínicas y enseñarles cómo se trasladan los conocimientos al día a día. Es algo que valoran muy positivamente y que me hizo disfrutar muchísimo de las clases. Todavía hoy intento que las experiencias reales ayuden a comprender por qué hacemos lo que hacemos. No hay que elegir entre ciencia y experiencia: una buena docencia debe apoyarse en ambas. Intento que los alumnos no vean la asignatura como una sucesión de conceptos que se memorizan para un examen. Me interesa que se hagan preguntas, que puedan imaginar a una mujer real detrás de cada caso y que aprendan a tomar decisiones con fundamento. Cuando algún estudiante me comenta que un ejemplo de clase le ha ayudado a entender algo que parecía difícil, siento que todo aquel tiempo de paritorio también sigue dando sus frutos.

Cuando salieron plazas de Profesor Ayudante Doctor en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, de la Universidad de Granada, concursé sin dudarlo. Allí estaban ya mis amigos Juani y Luciano. Me hizo muchísima ilusión incorporarme y me sentí muy orgulloso. Dejar la actividad asistencial me dio algo de pena, claro; el paritorio había sido mi vida durante veinte años. Pero me sentía realizado como matrón y comprendí que había llegado el momento de cambiar de faceta. No era dejar atrás mi profesión, sino seguir vinculado a ella desde otro lugar.

P. Y ahora, además, coordinas el Grado en Enfermería. ¿Cómo estás viviendo esa responsabilidad?

***R.** Mi incorporación a Ceuta coincidió con un cambio en el equipo de gobierno de la Facultad. El nuevo decano, el profesor José Luis Gómez Urquiza, que además es amigo, contó conmigo para asumir la coordinación del Grado en Enfermería. Fue una ilusión enorme y, al mismo tiempo, una responsabilidad que no quería tomar a la ligera.*



Me encuentro muy cómodo en el equipo decanal, junto a José Luis, Luciano, Juani, Juan José e Inmaculada. Hay mucho trabajo y surgen problemas, como en cualquier reponsabilidad de gestión, pero hay algo que lo facilita todo: antes que cargos, somos personas que se aprecian y confían unas en otras. Eso no significa que tengamos siempre la misma opinión; significa que sabemos hablar, escucharnos y buscar soluciones juntos. Y en la relación con los estudiantes ocurre algo parecido: me importa que reciban una formación rigurosa, pero también que se sientan acompañados y aprendan a tratar a sus pacientes con humanidad. Coordinar un grado significa ocuparse de horarios, organización y problemas cotidianos que no siempre se ven desde fuera. Pero también permite escuchar de cerca las necesidades de los estudiantes y trabajar para que encuentren en la Facultad un lugar donde formarse y crecer.

P. Ceuta ha vivido en los últimos meses una situación migratoria compleja. ¿Cómo la estáis viviendo profesores y estudiantes?

***R.** No voy a negar que vivimos momentos de preocupación y, en ocasiones, de miedo ante una sitúa-*

ción excepcional.

Ceuta es una ciudad pequeña y encontrarte de repente con tantas personas en sus calles impresiona y genera incertidumbre. Como docentes, además de cómo lo vivimos nosotros, nos preocupa la tranquilidad y la seguridad de nuestros estudiantes.
En este momento, la Universidad de Granada mantiene medidas de contingencia como el refuerzo de la seguridad en el campus y la adaptación a modalidad online de la docencia de las últimas horas de la tarde, para evitar que los estudiantes tengan que desplazarse por la ciudad una vez que anochece. Nos parece una manera prudente de responder a una circunstancia extraordinaria y de sostener la actividad académica con mayor tranquilidad.
Al mismo tiempo, creo que hay que preservar la dimensión humana de todo esto. Es posible sentir miedo ante una situación que nos desborda y, a la vez, ser conscientes de que detrás de cada persona migrante hay una historia que desconocemos. No son sentimientos incompatibles. Desde una Facultad de Ciencias de la Salud tenemos también la responsabilidad de transmitir respeto y sensibilidad hacia quienes atraviesan situaciones difíciles.

P. ¿Cómo ves el futuro de las matronas y qué intentas transmitir a los estudiantes que comienzan?

R. *Creo que la profesión ha avanzado muchísimo, pero todavía tenemos margen para crecer. A veces se nos identifica exclusivamente con el embarazo y el parto, cuando nuestras competencias abarcan la salud sexual y reproductiva de las mujeres a lo largo de distintas etapas. Hay trabajo por hacer en atención primaria, educación para la salud, sexualidad, climaterio e investigación. También debemos seguir avanzando en autonomía profesional desde el respeto y la colaboración con otras disciplinas.*
Pero el futuro no se construye solo con nuevas competencias. También depende de cómo tratemos a las mujeres y de la capacidad que tengamos para revisar nuestra práctica. Yo he visto cómo han cambiado los paritorios y sé lo importante que es no aferrarse a rutinas ***porque «siempre se ha hecho así».*** *A los jóvenes les diría que estudien, que pregunten, que contrasten la evidencia y que no pierdan nunca la empatía.*

Ser matrona es mucho más que atender partos. Es estar al lado de una mujer en momentos de ilusión, incertidumbre o sufrimiento; escuchar sin juzgar, informar sin imponer y acompañar con ciencia y humanidad. Detrás de cada embarazo, de cada nacimiento y de cada mujer hay una historia diferente. Algunas de esas historias se te quedan grabadas para siempre, y estoy convencido de que muchas mujeres tampoco olvidan a quienes las acompañaron. Si pudiera dejarles una recomendación a los que empiezan, sería que no permitan que la rutina les haga perder la capacidad de emocionarse. La técnica se aprende y se perfecciona; el respeto, la paciencia y la forma de mirar a quien tienes delante deben estar presentes desde el principio.

P. Y si volvieras a aquel día de Madrid, cuando únicamente quedaban plazas en Canarias, ¿volverías a tomar la misma decisión?

R. *Sin dudarlo un solo segundo. Volvería a elegir exactamente el mismo camino. No cambiaría mi vida como matrón por nada del mundo. Me fui a Tenerife con una maleta llena de ilusiones y aquella decisión me regaló una profesión apasionante, experiencias que no se olvidan y amigos que todavía hoy forman parte de mi vida. También me permitió cumplir, de algún modo, aquel sueño que mi madre no había podido realizar.*
Si pudiera encontrarme con el muchacho de veintitantos años que esperaba tan nervioso su turno en Madrid, acompañado de sus padres, le diría: «No tengas miedo. Coge esa plaza. No sabes la vida que te espera». El tren, desde luego, merecía la pena cogerlo.

Para terminar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Asociación Española de Matronas por haberme brindado la oportunidad y el honor de participar en esta entrevista. Tengo que reconocer que fue una sorpresa que no esperaba y que me hizo muchísima ilusión. Después de tantos años dedicado a esta profesión, es una enorme satisfacción poder compartir mis experiencias, mis recuerdos y una pequeña parte de mi historia con tantos compañeros y compañeras. Me siento profundamente orgulloso de ser matrón y agradecido por todo lo que esta maravillosa profesión me ha regalado a lo largo de mi vida.

Con esta entrevista, desde la Asociación Española de Matronas, queremos divulgar entre el colectivo, el conocimiento y reconocimiento de tantas matronas de perfil excepcional y de sus meteóricas carreras académicas que aportan ese valor añadido tan beneficioso para una profesión.

Querido amigo, muchas gracias por compartir con nosotras tus vivencias y tu tiempo.

Redacción

OFERTA DE TRABAJO

¡Buscamos Matrón/a!.

¿Qué te ofrecemos?

Formar parte de un equipo multidisciplinar de sala de partos comprometido, cercano y altamente profesional.
Trabajar en un entorno donde se valoran la iniciativa, las ideas y el talento de las personas.
Formación continuada y oportunidades de desarrollo profesional.
Participar en un modelo asistencial centrado en las mujeres, los recién nacidos y sus familias.
Jornada completa en horario nocturno.
Retribución según el convenio SISCAT y desarrollo de carrera profesional.

¿Qué te pedimos?

- Grado en Enfermería.
- Especialidad en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrón/a) o titulación equivalente obtenida en el extranjero, reconocida u homologada para el ejercicio profesional en España.
- Compromiso con una atención de calidad, respetuosa y centrada en la persona.
- Motivación para crecer, innovar y contribuir al desarrollo del servicio.

Qué valoramos

- Formación de posgrado o máster.
- Experiencia en la atención al embarazo, parto y puerperio.
- Formación en lactancia materna, salud sexual y reproductiva o atención comunitaria.
- Interés por los modelos de atención humanizada y las buenas prácticas asistenciales.

Si te apasiona la atención al parto y crees en una asistencia respetuosa, humana y basada en la evidencia científica, nos encantaría conocerte. ¿Te animas a dar el paso?. Buscamos profesionales con vocación, sensibilidad e ilusión por formar parte de un proyecto que sitúa a las personas en el centro de la atención.

Envíanos tu candidatura a angelsgonzalez@mutuaterrassa.cat
o regístrate en https://mutuaterrassa.talentclue.com/ca/node/128432225/4590
¡Queremos que formes parte de nuestro equipo!



ENFERMERÍA

Estimada compañera,

Te invito a participar en un estudio de investigación desarrollado en el marco de mi tesis doctoral cuyo objetivo es conocer el nivel de formación, conocimientos y habilidades de las matronas en relación con la ecografía obstétrica, así como identificar factores asociados a una mayor competencia en este ámbito.

Tu participación es completamente voluntaria. La cumplimentación del cuestionario tendrá una duración aproximada de 5-7 minutos. Puedes abandonar la encuesta en cualquier momento antes de enviarla, sin necesidad de justificar tu decisión y sin que ello suponga consecuencia alguna para ti.

La encuesta es anónima y no se solicitarán datos que permitan tu identificación personal, tales como nombre, DNI o correo electrónico. Los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial y utilizados exclusivamente con fines de investigación científica. El tratamiento de la información se realizará de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Los resultados se presentarán de forma agregada, garantizando en todo momento la confidencia-lidad de las participantes. Los datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para los fines de la investigación y conforme a la normativa vigente.

Este estudio ha sido presentado para su evaluación por el correspondiente Comité de Ética de la Investigación.

Investigadora principal: María José Caravaca Berenguer

Profesora e investigadora.

Universidad de Murcia.

Contacto para cualquier consulta relacionada con el estudio:
mariajose.caravaca@um.es

ACCESO: https://encuestas.um.es/encuestas/encuestas.realizacion.insertar.gen

LIVE MED
Educación Médica Continuada



PROGRAMA ASAMU 2026
Actualización en Salud de la Mujer

CURSO
VALENCIA
Jueves, 3 de diciembre de 2026
Sercotel Sorolla Palace
Av. de les Corts Valencianes, 58
Pobles de l'Oest, 46015 València

Entidades colaboradoras en el Programa ASAMU 2026:

DANONE · NORGINE · ADAMED · Exeltis · SHIONOGI · Zambon · Gebro Pharma · astellas · ITALFARMACO · Uriach · meiji

INVITACIÓN

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

CÓDIGO DE REGISTRO
ASA-AJKW-SDJ8

CÓMO INSCRIBIRSE

Para inscribirse siga las instrucciones siguientes:

1. Conecte con **live.med**
2. Si usted ya es usuario registrado del portal (por ejemplo, asistió a un programa de LiveMed anteriormente), acceda a la sección "Mis cursos" (en INICIAR SESIÓN) y tramite una nueva inscripción haciendo uso del código de registro facilitado en esta invitación.
3. En caso contrario, proceda a registrarse como usuario en **live.med**, aportando el mencionado código de registro en la opción CREAR CUENTA. Siga las instrucciones en pantalla y recibirá confirmación del registro vía email.
4. Recuerde que el registro e inscripción en **live.med** es imprescindible para asegurarle una plaza en el curso del Programa ASAMU 2026. Asimismo, el portal es el único medio para acceder a la documentación poscurso, diploma acreditativo, formación continuada *online* y otros servicios y funcionalidades.

ATENCIÓN TELEFÓNICA

Un operador de Live-Med le atenderá para resolver sus dudas o consultas.

91 379 05 99

Horario de atención telefónica:
Lunes a jueves de 09.30 a 18.00 h.
Viernes de 09.30 a 15.00 h.

INFORMACIÓN DE INTERÉS

Con esta invitación la asistencia no le supondrá ningún coste, excepción hecha del transporte y el parking si fuera necesario.

Recuerde que **las plazas del curso son limitadas** y que estas se asignarán por riguroso orden de inscripción.

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid con fecha 13/03/26.

Puede consultarse información sobre la acreditación de formación continuada sanitaria en: www.madrid.org

La obtención del Certificado de acreditación requiere la asistencia al 100% de los contenidos del curso. Los créditos de formación continuada, no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Enseñanza no reglada y sin carácter oficial.

AGENDA

PROGRAMA ASAMU 2026, VALENCIA

Sercotel Sorolla Palace

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

Jueves, 3 de diciembre de 2026

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

09:00 – 09:15	Entrega de documentación
09:15 – 09:20	Bienvenida e introducción Dr. José Luis Neyro Bilbao
09:20 – 10:08	**Nutracéuticos y preparación farmacológica para el embarazo** Matrona, Dña. Isabel Martín González
10:08 – 10:56	**Cada mujer es única: hablemos de menopausia y sus síntomas** Dra. Marta García Gamón
10:56 – 11:34	**Factor muXer en la hipertensión arterial** Dr. Vicente Giner Galvañ
11:34 – 12:04	Descanso – Café
12:04 – 12:44	**Vivir con urgencia: cuando la vejiga marca el ritmo en la mujer** Dr. Francisco José Brenes Bermúdez
12:44 – 13:22	**Déficit de hierro en la mujer a lo largo de la vida** Dr. Miguel Turégano Yedro
13:22 – 14:10	**Obesidad y salud reproductiva en la mujer** Ponente pendiente
14:10 – 15:05	Descanso – Almuerzo
15:05 – 15:53	**El tratamiento secuencial de la osteoporosis como enfermedad crónica** Dr. José Luis Neyro Bilbao
15:53 – 16:41	**Ponencia pendiente**

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

CONSULTAR PROGRAMA Y HORARIOS DEFINITIVOS EN:
https://live.med/agenda-valm





Lugar y fechas
Del 1 de febrero al 31 de marzo de 2027

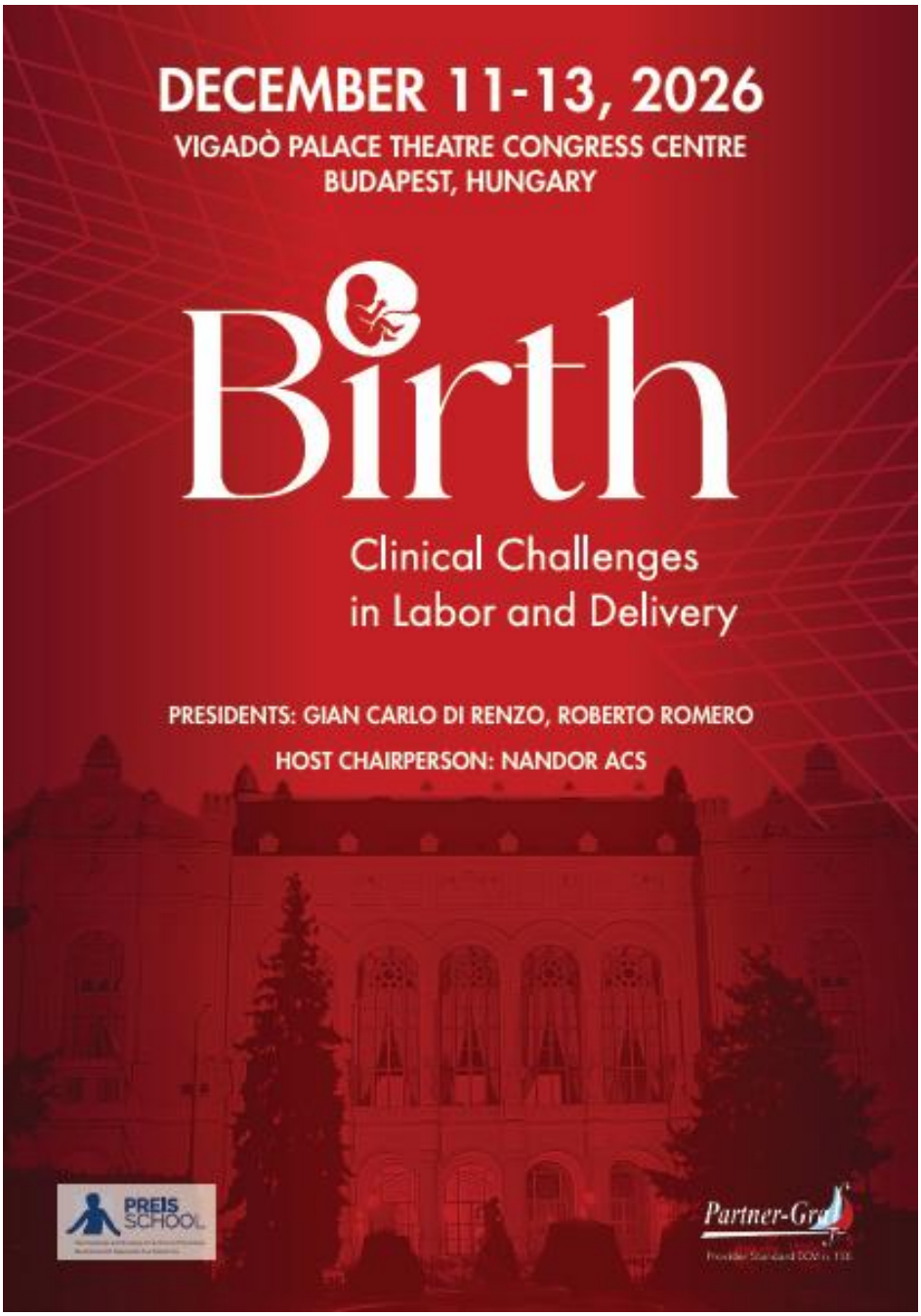
Horas
Horas: 80
Online
Esta actividad se desarrolla exclusivamente online.

INFORMACIÓN:

https://www.fundacion.uned.es/actividad/idactividad/55289

	Alumnos y ex-alumnos de la UNED y Fundación UNED	Asociaciones de matronas	Autónomos, Desempleados, Personas con discapacidad o Personal UNED	Colegiados de los Colegios oficiales de Biología	Miembros del Sindicato de Matronas (SIMAES)	Matrícula Ordinaria
Precio	270 €	270 €	270 €	270 €	270 €	300 €

"NACIMIENTO: DESAFÍOS CLÍNICOS EN TRABAJO DE PARTO Y PARTO"



https://www.partnergraf.it/gestionale/allegati/26340_BIRTH-prelim.programme_10_07.pdf



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

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

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

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

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

https://www.howisthisfetus.com/es


La plenitud de ser mujer.
NUEVO
Probiótico vaginal Medicamento
Intibiotics vaginal
100.000.000 UFC
cápsulas vaginales duras
Lactobacillus plantarum P 17630
C.N. 764555.3
SEID LAB
Vía vaginal
6 cápsulas vaginales duras
INTIBIOTICS® vaginal
Lactobacillus plantarum P 17630
Normaliza la microbiota alterada[1]
6 Días de tratamiento[1]
PVP IVA 19,78€
Ficha técnica de Intibiotics® vaginal
Escanee el código QR para acceder a la ficha técnica completa del medicamento
Medicamento no financiado por el SNS
Medicamento no sujeto a prescripción médica
SEID LAB
lab-seid.com
1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras.



HOMENAJE DE DESPEDIDA POR LA JUBILACIÓN A ESPERANZA AGRAZ PATIÑO.

EL LEGADO DE UNA MATRONA PIONERA

Autora: Raquel Ortega Pineda, matrona en Atención Primaria de Madrid.

Tras más de cuatro décadas de dedicación a la salud de las mujeres y sus familias, nuestra compañera **Esperanza Agraz Patiño** inicia su merecida jubilación, dejándonos una huella profesional y humana imborrable.

Yo la conocí, hace muchos años, en un curso que yo guiaba de Técnicas grupales en la Preparación al nacimiento y la crianza. Ahí empezó nuestra historia de amor. Recuerdo que yo estaba explicando porqué es imprescindible aplicar la perspectiva de género en los grupos, y surgieron ciertas resistencias. Esperanza-formadora de formadores en violencia de género-con toda su calma, su sabiduría y su cariño, me dio su primer abrazo simbólico, ayudándome a explicar por qué es necesario, y dejando muy claro que, como matronas, tenemos que trabajar con las parejas varones, no por ellos, sino por el objetivo de nuestro trabajo, que siempre es la salud de la mujer. De hecho, en 2009, fue coautora de uno de los lemas de la Asociación Española de Matronas: ***"Tu salud es lo nuestro".***

Ese día intercambiamos direcciones de correo electrónico. Empezamos a compartir materiales y experiencias en la Preparación al nacimiento y la crianza. A mí me asombraba su generosidad con una desconocida. Con ella he ido aprendiendo a ver cosas que yo no veía, y a poner palabras que yo no encontraba. También otras compañeras sienten que nos ha ayudado a crecer:

Gisela Sánchez, matrona en AP: ***"COMPAÑERA" EN MAYÚSCULAS por su generosidad para brindar apoyo desinteresado, y además compartir su conocimiento, experiencia, sabiduría y visión en la profesión de las matronas.***

Dolores Noceco, matrona en AP: ***Tengo que decir que ha sido todo un lujo contar con ella. Para mí de lo más enriquecedor a nivel profesional y personal. Te vamos a echar mucho de menos. Ha sido una suerte aprender de ti, gracias compañera.***

Uno de estos intercambios consistió en ir a su Centro de Salud para observador cómo facilitaba los grupos de futuros padres, ***"Sólo para hombres"***. Mientras esperaba a que terminara la consulta antes de empezar el taller, disfruté de la exposición de fotografías que Esperanza, junto con el Ayuntamiento de Coslada, había creado a partir de la técnica fotopalabra, que había aplicado en los grupos de mujeres en edad climatérica. Me emocionaron todos los mensajes que recogían esas fotos y, además, la combinación de trabajo, creación y arte. Esperanza y estas palabras, siempre han ido unidas. En 2003 la presentación de esta técnica le valió el reconocimiento a la mejor comunicacación en el Congreso Nacional de Matronas de Santander.

Hace relativamente poco, revisando documentos guardados, descubrí unos apuntes que había tomado como residente, en 1999 en el I Curso Nacional de Climaterio y Menopausia para Matronas.

Eran apuntes de otra dinámica de trabajo en equipo y **co-creación, "el rotulador grupal",** que en aquel momento me gustó, y decidí guardar por si algún día quería utilizarla. La matrona que la presentó era Esperanza. ¡Ya en aquel instante me atrapó sin saberlo!

La exposición de esta técnica formaba parte de su ponencia ***"Papel de la matrona en el nuevo concepto de salud y medicina de la mujer***". En esta ponencia, Esperanza recordó la definición de salud según Ramón Salleras Sanmartí ("Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento dentro de los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad"), el informe Lalonde (Determinantes de la salud), la Teoría de sistemas, y la Educación Sanitaria como principal arma de trabajo en Atención Primaria.

Creo que estos han sido los pilares de su trabajo integral y comunitario en estas décadas.
Así, por ejemplo, ella siempre trabaja la salud mental y lo psico-emocional en consulta y en los grupos. He oído más de una vez "que eso es cosa de psicólogas/os", pero ¿es que lo emocional no es un eje básico a la atención a la mujer, a la maternidad? Ella lo tiene claro.

Recuerdo cómo explica el acompañamiento de la tristeza en el postparto: Acompañar mirando a los ojos, escuchando con plena presencia, hablando con calma, agachándose si es preciso. Y es que Esperanza es maestra en la escucha activa, la reflexión, la entrevista motivacional, el trabajo con presencia y conciencia.

Preocupadísima-cómo no-por la visibilización y la mejora en la atención pública a la depresión postparto, participó en un reportaje sobre ello en el programa *Objetivo Igualdad* de TVE. Hablando de todo esto, reseñar que Esperanza cuenta con la Especialidad en Salud mental.
Hablando de emociones, **Dolores Ruiz Berdún** (profesora universitaria, historiadora de la ciencia, matrona y escritora) describe a Esperanza como ***"Maestra en ternura y sororidad. Con una sonrisa perpetua en los labios, perfecta para curar heridas que no se ven".***
Yo me permito añadir, que Esperanza abraza como nadie.

En la imagen siguiente Esperanza Agraz y Raquel Ortega en un rol playing de uno de los talleres "Paternidad corresponsable en embarazo, parto y crianza: metodología y técnicas grupales", dirigido a matronas de la Comunidad de Madrid.



En la dimensión social, nunca olvida los determinantes sociales de la salud, como el género (campo al que ha dedicado incansablemente sus energías), procesos migratorios, condiciones de trabajo (por cierto, también estudió Enfermería del trabajo), entorno protector, etc, etc….
A Esperanza y a mí, nos resulta impresionante cómo estos factores pueden hacer que las vidas de las mujeres sean tan diferentes, que existan tantas realidades paralelas, tantos multiversos. Ella siempre ha intentado bucear en ellos y asegurar buenas redes de apoyo.

Y como matronas, cómo no comentar la dimensión sexual de la salud. Esperanza siempre recuerda a las mujeres la importancia de escuchar su cuerpo (reflejo de malestares de origen psicosocial). Y por supuesto también en lo sexual y erótico. De ahí nace una de sus frases que más me gusta: ***"Tu vagina es más lista que tú".*** Esperanza-que estudió el Máster en sexología con Incisex- reflexiona con las mujeres sobre el deseo, el placer, los cuerpos, los encuentros…, y no tanto sobre disfunciones y tratamientos farmacológicos. Esta mirada se percibe también en la foto con la que ganó el Primer premio de fotografía erótica del Congreso de Sexología de Valladolid en 2011.

Como decía, hay un campo en el que Esperanza ha sido pionera, innovadora, referente y ha dedicado incansablemente sus energías: la lucha contra la violencia de género y la educación e implicación de los hombres por la equidad y corresponsabilidad. Respecto a esto es largo su currículum:

- En 2002 presentó en el Congreso Nacional de Matronas de Zaragoza la comunicación ***"Padres como sujetos de derecho de atención".***

- En 2011 expuso la ponencia **"Hombre: sujeto de derecho en la educación maternal",** en el Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad (CIME) de Barcelona y en el Congreso Nacional de Matronas de Madrid.

- En 2023 el Ayuntamiento de Coslada le entrego el galardón **"El Árbol de la Igualdad".**

- Fue formadora de personal sanitario de la Comunidad de Madrid en la Atención a la Mujer que sufre Violencia de Género, durante más de 10 años.

- Coordinó la intervención comunitaria **"Más corazón",** en el Centro de Salud Ciudad San Pablo, para conseguir concienciar sobre la violencia de género en el ámbito de la salud.

- Fue pionera en la implementación de acciones específicas dirigidas a los hombres en los programas grupales de Preparación al nacimiento y la crianza en Atención Primaria. Muchos varones desde 1997 han asistido a sus sesiones de ***"Solo para hombres".***

- Es socia activista de la PPIINA (Plataforma por los Permisos Iguales e Intransferibles por Nacimiento y Adopción).

Y aunque su currículum es largo, sin duda merece la pena destacar las palabras homenaje para Esperanza, de Santiago Moreno Larriba, psicólogo y técnico superior especialista en igualdad, del Centro Asesor de la Mujer del Ayuntamiento de Alcalá de Henares, con el que hemos facilitado jornadas y talleres sobre paternidades y corresponsabilidad.

Hacia 2011 y 2012 no encontraba desde mi trabajo en la Concejalía de Igualdad de Alcalá de Henares la manera de acercar a los hombres las actividades grupales que proponíamos.

Una sí, y otra casi que también, teníamos que suspender por falta de participantes los talleres de desarrollo personal que ofrecíamos a los hombres en grupos no mixtos. Cuando oí que en Coslada una matrona invitaba a los futuros padres a acudir a tres sesiones no mixtas ("solo para ellos") se me encendió una lucecita. Pero cuando te conocí y te vi en el grupo remover en los futuros papás, con tu estilo directo e incisivo a la vez que respetuoso y amoroso, tantas emociones, ilusiones y también miedos y vulnerabilidades, se me abrieron los ojos, la mente y el cuerpo entero. Desde entonces el camino, en tu compañía, es más ancho y más luminoso. Gracias Esperanza.



Santiago Moreno, Raquel Ortega y Esperanza Agraz, en una de las jornadas sobre Paternidades.

No quiero terminar este homenaje, sin resaltar la lucha de Esperanza por la profesión y el buen trato a las matronas. Un ejemplo es su artículo ***"Yo no sé tú, pero yo no soy una "acción",*** publicado en esta misma revista, en el que explica claramente, que cuando a los profesionales nos llaman acciones, nos despersonalizan, con las consecuencias relevantes que eso tiene. Nos recuerda que hemos de cuidar el lenguaje, porque crea realidades, puede crear jerarquías, y puede deshumanizar.
También en este sentido Esperanza tiene palabras de admiración de sus compañeras:

Adela Izquierdo, matrona en AP: ***Es un orgullo para mí ser su amiga. Siempre ha sabido estar del lado correcto, dignificando a las mujeres.***

Esperanza ha dignificado nuestra profesión. No ha dejado pasar por alto nunca las injusticias ni los sinsentidos. Valiente ante quien hiciese falta. Admirable su integridad moral. No se deja llevar por conveniencias, sino por principios claros y por el sentido de justicia. Nunca se ha callado ni ha retrocedido ante los poderosos, aunque esto le haya reportado quebraderos de cabeza y situaciones incómodas.

Gisela Sánchez: *Ejemplo para el colectivo de matronas por su valentía en la defensa de servicios de calidad para la población, a la vez que por reivindicar unas condiciones laborales dignas que permitieran el desarrollo de las matronas en el ámbito de Atención Primaria, con un enfoque claramente comunitario.*

Cristina Ramiro, matrona en AP: *Con una mirada crítica que ha cuestionado lo establecido, permitiendo innovar, mejorar y avanzar en la calidad de los cuidados hacia las mujeres y familias.*

Esperanza, te deseamos una feliz nueva especialidad "Contempladora de cielos, amaneceres y atardeceres", mucho cine para compartir multiversos, viajes por este asombroso planeta, arte y belleza, plantas y flores en terrazas y jardines exuberantes, panes deliciosos, y bailes al ritmo de Rosalía. Un abrazo, como los tuyos.

MATRONAS SON EL PRIMER ALIADO PARA ALIVIAR SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA.



Día Mundial de la Menopausia

Alrededor de 43.000 mujeres de Valladolid entre 45 y 55 años abordan esta etapa vital, el Día Mundial coincide con la polémica de meses de desabastecimiento de medicamentos para tratar las secuelas más severas.

Sofocos que convierten a la mujer en una 'fábrica' de calor y sudoraciones nocturnas que pueden acompañarse de insomnio, niebla mental, cambios en el estado de ánimo, sequedad vaginal, afectación a la piel y al pelo, propensión al aumento de peso y cambios en la distribución corporal del tejido graso, pérdida de masa muscular o de masa ósea, dolores articulares... Son síntomas que muchas mujeres experimentan con distinta intensidad entre los 45 y los 55 años, horquilla de edad en la que discurre habitualmente el proceso que desemboca en el final de la regla, en la menopausia.

«Aclaramos también muchas dudas, porque en redes circulan muchos mensajes muy contradictorios» Concha Fernández. Matrona en el Centro de Salud y Especialidades de Arturo Eyries.

Los ovarios van agotando su reserva de óvulos y desciende la producción de estrógenos y de progesterona, también la de andrógenos y eso afecta a la energía, a la masa muscular, al deseo sexual, al estado de ánimo. «Durante la perimenopausia las hormonas fluctúan de forma imprevisible, y por eso muchos síntomas aparecen antes de que la regla desaparezca del todo, cuando los análisis hormonales todavía pueden salir normales...

Cuando los síntomas afectan a la calidad de vida existe tratamiento eficaz y no hay ninguna razón para aguantarse», refleja la información que aporta la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, que reúne a 1.500 profesionales del ámbito de la ginecología, ginecología, reumatología, endocrinología, atención primaria, matronas, farmacia, psicología o nutrición, y cuya página web es una fuente potable para recabar información veraz sobre el tema, sin contaminación por ocurrencias, bulos o consejos sin contraste científico.

La menopausia es una etapa que se vive con más normalidad y mayor visibilidad ahora de cómo la vivieron generaciones anteriores y ese es un cambio al que han contribuido de forma nuclear las matronas, profesionales sanitarias que acompañan a la mujer durante varias décadas de su vida. «Asesoramos e informamos a las mujeres, porque desde los 25 a los 64 años hacemos revisiones para prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero.
Siempre va a coincidir alguna de estas revisiones en la etapa previa a la menopausia y aprovechamos para informar de los cambios que van a vivir. Aclaramos también muchas dudas, porque en redes circulan muchos mensajes muy contradictorios», explica Concha Fernández, matrona en el

Salud de Arturo Eyries, al término de un taller para mujeres que encaran el tiempo de la menopausia.

El pasado domingo, 18 de octubre, se celebró el Día Mundial de la Menopausia. La Organización Mundial de la Salud persigue con esta fecha concienciar e informar sobre los cambios físicos, hormonales y emocionales que ocurren en esta etapa y combatir los estigmas sociales que rodean a la menopausia, que técnicamente se alcanza un año después de la última menstruación, pero con síntomas que pueden extenderse en el calendario varios años por delante y por detrás.

En Valladolid hay, según el Instituto Nacional de Estadística, algo más de 43.000 mujeres entre 45 y 55 años. Coincide la fecha con la polémica por el desabastecimiento en las farmacias de las terapias hormonales para la menopausia.

Los talleres que imparten las matronas ayudan a afrontar esta etapa «de forma constructiva y sin tabúes», destacan Cintia Mozo, Sonia Villena y Ana Sánchez, participantes en un taller en el que de la mano de la matrona de Arturo Eyries resuelven dudas, comparten experiencias, aprenden a controlar el estrés, se inician en el ejercicio físico de fuerza y en técnicas de respiración.

Concha Fernández precisa sobre la menopausia que *«es una etapa de transición en la que hay cambios a corto plazo que sí nos pueden interferir en la calidad de vida y tenemos recursos para aliviarlos. Es importante informarse y conocerlos con anterioridad, porque nos va a ayudar a vivirlos de mejor forma. No hay que aguantar».*

Paso a la consulta del especialista

El asesoramiento de la matrona es el primer paso. Entrarían en juego los especialistas médicos si los síntomas impactan en la calidad de vida, con sofocos que impiden dormir y cambios que dan un vuelco a la rutina habitual o si después de un año sin menstruación vuelve a aparecer sangrado vaginal o un flujo que llame la atención de la mujer.

El especialista valorará la prescripción de terapias hormonales sustitutivas. Estos tratamientos están en el candelero informativo por el desabastecimiento de fármacos que están sufragados por el Servicio Nacional de Salud. Las farmacias llevan meses sin existencias del espray de estradiol Lenzetto y de los parches Evopad, del mismo compuesto. Es un problema serio para mujeres con sintomatología fuerte por un proceso natural de menopausia, pero también para mujeres 'trans' o mujeres en las que esa menopausia se ha inducido a causa de una patología médica. *«Para mujeres que lo necesitan, que de repente les falte la medicación cuando ya la están utilizando y tengan que dejar de tomarla de golpe, es que van a hacer un rebrote y lo van a pasar mal»,* contextualiza Concha Fernández.

Esa situación de desabastecimiento parece que toca a su fin, según ha informado la Agencia Española de Medicamentos.

La matrona del Centro de Salud de Arturo Eyries destaca que los talleres que ofrecen a mujeres que encaran la menopausia trabajan la gestión del estrés para bajar el cortisol y aportan herramientas a las participantes para gestionar los cambios, empezando por una alimentación saludable, ejercicio de fuerza y técnicas de respiración. Son la primera batería de medidas para afrontar los problemas de sueño, de pérdida de masa muscular, la niebla mental, los sofocos, el cambio en el estado de ánimo. Les siguen las terapias hormonales.

Y todo ello sin perder de vista que esos cambios tienen su traslación al aumento de riesgo de sufrir osteoporosis y patologías cardiovasculares, porque los estrógenos ayudan a controlar los niveles de colesterol, como también inciden en el sistema nervioso central induciendo una sensación sicológica de bienestar. La aminoración de esta hormona afecta al estado de ánimo.

Fuente : El Norte de Castilla

HABLEMOS DE MENOPAUSIA.....

Más de 3 de cada 4 mujeres experimentan síntomas de la menopausia en algún momento.



Pero la menopausia no es un tema que solo deban conocer las mujeres; los hombres también deberían Estar informados, para así poder brindar apoyo a sus colegas, amistades y familiares.

51 es la edad promedio en que se llega a la menopausia

1 de 4 experimentan síntomas serios en la menopausia

2 de 5 de las mujeres dijeron que sus síntomas menopaúsicos habían sido peores de lo que esperaban.

8 de 10 mujeres en edad menopáusica están integradas en el mundo laboral.

1 de 100 mujeres llegan a la menopausia antes de los 40 años.

La mayoría de las mujeres no están dispuestas a revelar a sus superiores directos los problemas de salud relacionados con la menopausia .

LA PELICULA *MATRONAS*, UN HOMENAJE A LA PROFESION CUYO TRABAJO, AUNA UNA FORTALEZA INCREÍBLE Y MUCHA SOLIDARIDAD, Y QUE MUCHAS VECES AFECTA A SU VIDA COTIDIANA CON GRAVES RESULTADOS.



Matronas de Léa Fehner, recientemente emitida por RTVE, está basada en el propio parto de la directora y ofrece una mirada real y dura al trabajo en los paritorios
La cinta arrasó el mismo año en Berlín y en Festival Internacional de Cine de Gijón.

Matronas es un homenaje a la profesión, la directora francesa Léa Fehner rinde homenaje a la que muchos llaman "la profesión más bonita del mundo", el oficio de ayudar a traer niños al mundo. Y lo hace metiendo su cámara en los hospitales para ver, conocer y comprender al personal sanitario, logrando que el espectador pase, en cuestión de segundos, de la calidez, los cuidados reposados y las escenas conmovedoras a la tensión, las prisas y el cansancio mental y físico.

Pero no solo eso, la cinta, además, pone el foco en su angustia ante el deterioro de sus condiciones laborales. La historia arranca con la incorporación al ala de obstetricia de dos nuevas comadronas recién graduadas, Sofía y Louise, que llegan cargadas de sueños al hospital, sueños que pronto se desmoronan.
Las duras jornadas, la coordinación entre profesionales y la responsabilidad por tener el futuro en sus manos pronto harán mella el compromiso de esta profesión en las jóvenes que deberán lidiar con este mundo nuevo que trasciende las ilusiones por desarrollar su profesión a ritmo vertiginoso.
A la presión se suman las carencias de un sistema sanitario que cada día pone más difícil el óptimo desarrollo de esta "labor formidable con un sueldo lamentable", como reza uno de los carteles de la manifestación a la que asisten las protagonistas en busca de no perder sus derechos y mejorar la sanidad pública. Una mirada desde el corazón mismo de la maternidad para comprender y empatizar con lo que supone.

La experiencia real de la directora

La historia está inspirada en la experiencia de la propia Léa Fehner cuando fue madre por primera vez. No tuvo una buena experiencia y le sorprendieron para mal las condiciones del hospital. "A menudo hemos sufrido falta de atención, reacciones abusivas, momentos de soledad absoluta, y en varios momentos nos hemos sentido maltratados", expresó Lehner durante la promoción de la película. "Gracias a la película, conocí ambas perspectivas y esto supuso una especie de reconciliación". La cinta revela que las matronas son las primeras que sufren la

precariedad de un sector que, según dijo la directora en una entrevista, “se sostiene gracias a la vocación y al esfuerzo” de sus trabajadores, otro de los factores que impulsaron a la directora de Toulouse a rodar ***Matronas.***

Partos reales

Varios profesionales médicos participaron en el proyecto de principio a fin, la directora siguió durante meses a unas diez matronas, asistió a partos y reanimaciones en hospitales de Toulouse y París, por lo que las anécdotas, el vocabulario técnico y la abrumadora carga de fatiga mental que sufren los protagonistas son completamente verídicos. Léa Fehner además filmó alrededor de quince partos reales en un hospital de su ciudad natal para coreografiar las secuencias en los paritorios, la recreación de los partos es milimétrica. Para ello las familias dieron su consentimiento expreso, incluso regresaron días después para rodar escenas adicionales y primeros planos junto a las actrices principales. Algunas de las parturientas se convirtieron en parte de la historia.

La realizadora mezcló en el rodaje a los actores con matronas y personal sanitario real de los hospitales públicos franceses, quienes guiaban los movimientos de las actrices durante las emergencias. Una docuficción llena de naturalidad y realismo que muestra la rutina diaria de los sanitarios y que para el resto de los mortales supone una oportunidad de ver unas escenas excepcionales.

Profesional y amateur

Matronas ganó el Premio del Jurado Ecuménico en la Berlinale 2023 y el Premio **del Jurado Joven a Mejor Película en el Festival Internacional de Cine de Gijón del mismo año.** El naturalismo documental de la película llegó también a la elección de sus protagonistas. La directora contó con un reparto encabezado tanto por estudiantes del Conservatorio Nacional de Arte Dramático de París como por matronas profesionales: Khadija Kouyaté, Héloïse Janjaud, Myriem Akheddiou, Quentin Vernede, Tarik Kariouh, Lucie Mancipoz, Marine Gesbert, Fleur Fitoussi, Marushka Jury, Toulou Kiki, Simon Roth y Richard Legall.

Recientemente ha sido emitida en español por RTVE, en el siguiente enlace se puede ver la película: https://www.rtve.es/play/videos/cine-internacional/matronas/17267549/

Ojalá los responsables de las Administraciones sanitarias , también de nuestro país, hayan visto esta película y su corazón y entendimiento endurecidos, se hayan ablandado y reconozcan a esta profesión como merece.

DOS MILLONES DE BEBÉS NACEN MUERTOS CADA AÑO EN EL MUNDO, UNO CADA 17 SEGUNDOS”

Detrás de cada mortinato, hay, según Dunkley-Bent, matrona de la ICM, una historia que corre el riesgo de quedar sepultada bajo unas estadísticas abrumadoras: “Dos millones de bebés nacen muertos cada año en el mundo, uno cada 17 segundos”. Sin embargo, a diferencia de otras grandes crisis sanitarias globales, no forman parte de la conversación pública ni movilizan grandes recursos.

Pero detrás de cada una de esas cifras de bebés muertos hay una familia que vuelve a casa sin el hijo que esperaba. Y un duelo del que se habla poco. “La cuna está vacía. Los brazos están vacíos. Los pechos están llenos de leche”, describe la matrona, que añade que el dolor no termina en el hospital. Y arroja otra estadística estremecedora: alrededor del 41% de las mujeres que dan a luz a un bebé muerto experimentan depresión durante el año posterior.

Esa falta de atención es una de las razones por las que expertos en salud materna llevan años reclamando más inversión para prevenir unas muertes que, en muchos casos, podrían evitarse. La semana pasada, la Fundación Gates y Wellcome Leap anunciaron durante el World Health Summit de Berlín) Cumbre Mundial de la Salud 2026) bajo el título *“ De la crisis a la resiliencia: Innovando para la salud”,* una de las citas más importantes en salud global: el lanzamiento de UZIMA, una iniciativa dotada con 100 millones de dólares (89 millones de euros) que pretende reducir a la mitad el número de mortinatos en varios países mediante nuevas herramientas de diagnóstico y seguimiento del embarazo y el parto. El programa, cuyo nombre proviene de una palabra suajili que significa “vida y bienestar”, explorará desde pruebas capaces



de detectar antes complicaciones del embarazo hasta sistemas de inteligencia artificial para facilitar su identificación en entornos con pocos recursos.

“Estamos trabajando para lograr un futuro en el que ninguna madre, ningún bebé ni ningún niño muera por una causa prevenible”, defendió durante la presentación en Berlín, Anita Zaidi, presidenta de la división de Igualdad de Género de la Fundación Gates.

La tecnología no basta

Para Dunkley-Bent, sin embargo, ninguna innovación tendrá impacto si no va acompañada de una mejora de los sistemas sanitarios. “Una innovación por sí misma no es suficiente”, advierte. La matrona recuerda que el mundo sigue arrastrando una escasez de cerca de un millón de matronas; una carencia que limita la capacidad para detectar complicaciones y actuar a tiempo cuando aparecen. De poco sirve identificar un embarazo de riesgo si después no hay profesionales, centros de salud o sistemas de derivación capaces de atender a la madre. La matrona subraya que muchas de estas muertes podrían evitarse con controles prenatales adecuados, una detección temprana de las complicaciones y un acceso oportuno a atención especializada cuando aparecen signos de alarma. Muchas veces, explica, las señales de peligro están ahí. “Buscamos cambios en los movimientos fetales, problemas en el crecimiento del bebé, infecciones o trastornos hipertensivos como la preeclampsia”, señala. Son pistas que pueden alertar de que algo no va bien durante el embarazo. El problema es que millones de mujeres no tienen acceso a con-

troles regulares o llegan demasiado tarde a los centros de salud.

Además, no todas las mujeres afrontan el mismo riesgo. “Cuatro de cada cinco niños” que nacen muertos lo hacen en África subsahariana y el sur de Asia, donde los sistemas sanitarios suelen disponer de menos recursos y el acceso a la atención prenatal es más limitado. Y a veces, algunas muertes podrían evitarse con conocimientos “tan básicos” como enseñar a las madres a conocer los movimientos de sus hijos, recuerda Dunkley-Bent.

Alrededor del 41% de las mujeres que dan a luz a un bebé muerto experimentan depresión durante el año posterior

“En los países con sistemas sanitarios más desarrollados, las mujeres reciben información desde las primeras semanas sobre la importancia de conocer los patrones de movimiento del feto y de pedir ayuda si detectan algún cambio, por lo que saben si su bebé suele moverse por la noche, por la tarde... Conocen su patrón”, explica la matrona. Y cuando algo cambia, tienen a quién recurrir. Pero en muchas otras partes del mundo ocurre lo contrario. “No hay nadie a quién acudir. No existe educación sobre los movimientos fetales. Hay personas que ni siquiera pueden permitirse una consulta o ir al hospital”, señala. El resultado es que *“algunas mujeres permanecen en casa sin saber que su feto está en peligro”.*

Esa falta de información y de acceso atención sanitaria tiene además otra consecuencia: muchas madres terminan culpándose por una muerte que quizá nunca pudieron evitar. El sufrimiento suele ir acompañado de silencio. Dunkley-Bent explica que el mortinato sigue siendo un tema rodeado de estigma y culpa. Muchas mujeres se preguntan durante años si hicieron algo mal durante el embarazo o si podrían haber evitado la muerte de su hijo. “¿Comí algo que no debía? ¿Trabajé demasiado? ¿Esperé demasiado para pedir ayuda?”. Son preguntas que, asegura, escucha una y otra vez de madres que intentan encontrar una explicación a una pérdida para la que a menudo no existe una respuesta sencilla.

La reacción del entorno a menudo, tampoco ayuda. Algunas familias reciben mensajes bienintencionados que minimizan la gravedad de lo ocurrido. Comentarios como “ya tendrás otro bebé” o “eres joven, podrás volver a intentarlo” pueden aumentar la sensación de incomprensión. “Ningún bebé sustituye al bebé que has perdido”, dice. Cada muerte, añade, “supone la pérdida de una vida imaginada, de planes y expectativas que desaparecen de golpe”.

A Dunkley-Bent le cuesta entender por qué una tragedia de semejante magnitud sigue ocupando un lugar tan marginal en la agenda sanitaria mundial*. “El conocimiento para prevenir parte de estas muertes existe”,* insiste. También las herramientas para detectar antes muchas complicaciones. Lo que falta a menudo, reclama, es que lleguen a todas las mujeres, independientemente del lugar donde vivan. Y exige*: “Tenemos la oportunidad de evitar estas muertes y la responsabilidad de actuar. Y de actuar ahora”.*

.

Fuente : ICM

DOS MATRONAS INGLESAS INHABILITADAS POR RETRASAR LA ATENCIÓN A UNA URGENCIA



Dos matronas han sido inhabilitadas tras dejar esperando durante casi 40 minutos a una mujer embarazada que sufría una hemorragia, para ser evaluada tras su llegada a un hospital de Nottinghamshire, lo que provocó la muerte de su bebé.

Un panel del Consejo de Enfermería y Obstetricia (NMC, por sus siglas en inglés) determinó que el personal del Hospital King's Mill en Sutton-in-Ashfield tampoco respondió a las solicitudes de ayuda de la familia del paciente.

La mujer, que ha permanecido en el anonimato, tenía 41 semanas de embarazo cuando llegó a la unidad de maternidad con sangrado vaginal en la madrugada del 13 de septiembre de 2023.

Había estado en el hospital horas antes, sospechando que estaba de parto, pero la mandaron a casa. Volvió a llamar poco después de medianoche preocupada por un sangrado y le dijeron que regresara.

La matrona que realizaba el triaje telefónico no actualizó el sistema, pero les había comunicado verbalmente a Glenys Wood y Kathryn Duignan que la paciente estaba sangrando y que llegaría a la unidad.

No había otros pacientes en la sala de triaje y no se esperaban. A pesar de ello, la mujer tuvo que esperar 37 minutos para ser evaluada.

La noche en cuestión, la señorita Duignan estaba al frente del equipo de triaje, aunque el informe del NMC destaca que el departamento de maternidad "tenía falta de personal en general".

Era la única coordinadora de la sala de maternidad de nivel 7 de servicio, cuando debería haber habido dos.

La señora Wood llevó a la mujer a una habitación aparte y no le realizó la evaluación inicial porque, según dijo, esperaba que lo hiciera otro compañero.

El NMC no aceptó esto, ya que esta colega era una matrona de partos en una unidad con falta de personal, no una matrona de triaje.

Cuando la colega en cuestión llegó más tarde a la sala y preguntó si la paciente había sido evaluada, ella misma le realizó el triaje a la 1:42 de la madrugada.

El informe del NMC decía que "para ella fue evidente de inmediato que se trataba de una emergencia médica". Mientras tanto, la Sra. Wood se había tomado un descanso.

El tribunal escuchó que la señorita Duignan escribió un cartel que decía "Me voy de vacaciones, vuelvo en 30 minutos" y lo colocó sobre la señora Wood, que estaba sentada en el mostrador de triaje a la vista del público.

El bebé falleció a causa de una lesión cerebral provocada por la falta de oxígeno y flujo sanguíneo al cerebro, consecuencia del desprendimiento de placenta.

En una investigación judicial realizada en julio de 2024, se determinó que la negligencia había contribuido a su muerte. El forense dictaminó que, si se hubiera atendido a la madre a su llegada, se le habría practicado una cesárea a más tardar a la 1:25 de la madrugada, en lugar de a las 2:02.

Según el forense, si esto hubiera ocurrido, el bebé "en general habría sobrevivido".

El tribunal también determinó que tanto la Sra. Wood como la Srta. Duignan no respondieron a las solicitudes de ayuda de la familia.

Determinó que habrían oído los gritos de la paciente y su familia debido a la proximidad de la habitación en la que se encontraban con la estación de las matronas.

El Consejo Nacional de Enfermería (NMC, por sus siglas en inglés) afirmó que las acciones de las matronas "constituían una violación del principio fundamental de la profesión".
Ninguno de los empleados participó en los procedimientos del NMC. En vista de ello, el NMC afirmó que existe un "alto riesgo" de que esta conducta se repita.

Ambas fueron dadas de baja del registro, lo que significa que ya no pueden trabajar como matronas.

El panel del NMC determinó que la señorita Duignan se encontraba cerca de la recepción cuando la paciente llegó en silla de ruedas y "claramente con dolor".

Fuente: ITVX





LOS SEIS PARTOS DE MARÍA DE MÉDICIS, REINA DE FRANCIA Y DE NAVARRA,SEGÚN LOUISE BOURGEOIS, CONOCIDA COMO BOURSIER, SU PARTERA -

Un estudio biográfico, notas y aclaraciones

Por el doctor ACHILLE CHEREAU

Relato verídico
del
nacimiento
de mi Señor
y mis Señoras, los hijos
de Francia,

con los detalles que lo afectaron
y que pudieron ser mencionados.
Por Lovyse Bovrgeois, llamada Bovrier,
partera de la Reina Madre del Rey.
En París,
en casa de Henry Ruffin, rue Calandre,
con el letrero de Martín.

1652.

Así pues, las barricadas de esta ciudad —que marcaron el inicio de un sufrimiento generalizado en toda Francia, y muy especialmente para el pueblo de París que, jamás había experimentado lo que viviría después— afectaron sobre todo a los habitantes de los arrabales, entre los cuales nos contábamos nosotros. Éramos tan felices cada uno en su lugar que no habríamos cambiado nuestra residencia por nada del mundo, ni siquiera por una hermosa casa en la ciudad; tanto más cuanto que el arrabal de Saint-Germain, por citar uno, estaba repleto de príncipes y princesas, señores y damas,, Presidentes y Consejeros, y posteriormente, todos los funcionarios de justicia, comerciantes y buenos artesanos. Teníamos todo lo que tenían los de la ciudad, e incluso más aire puro, con la libertad de dar agradables paseos.

Cuando surgieron los problemas, la volvimos a comprar a un precio elevado, y especialmente el Día de Todos los Santos, el día anterior al cual supe que uno de nuestros vecinos, un oficial del Rey, envió un mensaje a su esposa para que trajera a sus hijas de vuelta a la ciudad, junto con sus mejores muebles; tanto más aún «porque no sabía qué desorden podrían causar los soldados (2), ya que se creía que el Rey entraría en la ciudad la noche siguiente (3).

Aproveché la advertencia y mi madre y yo, con mis tres hijos, nos refugiamos en la ciudad con pocas pertenencias; sobre todo porque era muy difícil pasar por la puerta de Saint-Germain , e incluso así, se encontraban pocas personas dispuestas a cargar los muebles (4).

Mi esposo, cirujano, estaba en la guerra, en una compañía; había dejado en casa a una anciana que, también tenía la llave de la casa de mi madre. Durante la noche, los suburbios fueron tomados y todo lo de valor fue saqueado. Tan pronto como los hombres del rey se fueron (5), la ciudad guarneció a los lansquenetes, (soldados que se hicieron famosos en los siglos XV y XVI como mercenarios, muy temidos y efectivos en combate) quienes terminaron con todo, hasta la paja; no quedó ni un solo palo de madera, ya que la mayoría de las bodegas estaban llenas.

Una vez que los lansquenetes se fueron(6) , se procedió a derribar —por un valor de quince mil libras— unas casas (7) que mi padre había hecho construir sobre el foso de



la puerta de Bussy, las cuales solo habían permanecido en pie durante cinco años. Nos quedamos sin nada más que lo poco que habíamos ahorrado, de lo cual vivíamos, vendiendo cada pieza individualmente todos los días. Empecé (para ganar algo mientras me entretenía) varios tipos de trabajo, como petit point, petit mestier, bordado de liga, con chicas de cerca de donde nos alojábamos, a quienes enseñé, gratuitamente , el trabajo que sabía hacer, entre las cuales estaba la hija de una amiga mía, que tuvo el honor de haber amamantado a Madame de France, ahora Princesa de España (7).
Pasé por todas las dificultades en un mes. Habiendo regresado mi esposo, y viendo que nuestros ingresos no podían cubrir nuestros gastos, hice lo que pude para persuadirlo de que nos permitiera, con un pasaporte, ir a Tours, de donde él era, porque mi padre y mi madre, a quienes antes no abandonamos, habían muerto (8),
Solo estuvimos allí quince días antes de que esta ciudad se sometiera a la obediencia del Rey (9).

Por lo tanto, regresamos. Una mujer honesta, que había traído al mundo a mis hijos, que me amaba, me persuadió para que aprendiera a ser partera y me decía que, si ella hubiera sabido leer y escribir como yo, habría hecho maravillas; mi corazón me decía que, si lo emprendía, pronto sería la primera de mi clase; intuía que, de mi esposo, que había vivido durante veinte años en la casa del difunto Maestro Ambroise Paré, Primer Cirujano del Rey (10), podría aprender mucho.
No podía negarme a hacerlo cuando pensaba en llevar niños al bautismo. En fin, el temor a que mis hijos llegaran a pasar necesidad fue lo que me impulsó a hacerlo. Me puse a estudiar la obra de Paré y me ofrecí para atender el parto de la esposa de nuestro mozo de carga; la ayudé a dar a luz a un hijo que tenía todo el cuerpo macerado. Había leído y recordaba que no se debe dejar dormir a una mujer recién parida, por miedo a que un desfallecimiento acabara con ella a causa de la pérdida de fluidos. Yo trabajaba sola; mientras atendía al niño(11), a veces le hablaba a ella, pero en una ocasión no me respondió. Puse al niño sobre una almohada en el suelo y corrí hacia ella, a quien encontré desmayada. Busqué vinagre y agua, y logré que volviera en sí rápidamente. Fui empleada frecuentemente entre la gente sencilla de la vecindad, por el maestro Ambroise Paré, primer cirujano del Rey.
Había mucha gente viviendo en los colegios; entre otros, en el Collège de Bourgogne (12), cerca de los Cordeliers (13), donde había un gran número de hogares.

El primer niño que llevé a bautizar a Saint-Cosme (14), me pareció que las paredes de los Cordeliers me miraban.

Ejercí durante unos cinco años con los pobres y vulnerables; al final de los cuales fui admitida como partera jurada en París (15). Para admitir a una comadrona se requería : un médico , dos cirujanos y dos comadronas, que eran Madame Dupuis (16) y Madame Peronne. (17). Ellas me dieron un día para acudir a verlas juntas. Me preguntaron cuál era la ocupación de mi marido; sabiendo eso, no quisieron recibirme, al menos Madame Dupuis, quien le dijo a la otra:
"Por Dios, compañera mía, mi corazón no me dice nada bueno para nosotras, ya que es la esposa de un cirujano (18); ella se entenderá con esos médicos como carteristas de feria. No debemos admitir más que a mujeres de artesanos que no entienden nada de nuestro asunto".
Ella me decía que mi marido debía mantenerme sin que yo trabajara en nada, y que, si actuaba de otro modo, habría que quemarme para convertir mis restos en ceniza para los demás. Me tuvieron dando vueltas tanto tiempo, y con tantas necedades, que un hermoso niño al que yo amamantaba murió a causa de la angustia que, sobre todo la Dupuis, me provocó. Digo esto para mostrar cómo Dios sabe vengar a aquellos a quienes se hace daño, cuando menos lo esperan. De esto se hablará en su momento. Habiendo sido aprobada por todos los demás, se vio obligada a recibirme, aunque muy a su pesar.

(Continuará)



(1) El día de las barricadas fue el 12 de mayo de 1588.

(2) Lo cual no sucedió, pues el Bearnés —al carecer de artillería y no haber logrado atraer al duque de Mayenne a una batalla— se vio obligado a abandonar, por el momento, el asedio de París. Le quedaba por conquistar la Turena y Normandía, y, antes de ello, debía ganar la batalla de Ivry (14 de marzo de 1590).

(3) Este temor al desorden estaba más que justificado. De hecho, el miércoles 1 de noviembre de 1589, Enrique IV, habiendo salido de Dieppe el 21 de octubre, llegó al campamento a las seis de la mañana, a las puertas de París. Sorprendió los suburbios, especialmente el de Saint-Germain, que invadió la noche siguiente. El duque de Aiguillon y Châtillon cometió allí una terrible carnicería; Châtillon, especialmente, «de quien se decía que recordaba las masacres de su padre, y que había gritado al entrar:
Saint Bartolomé." (PIERRE DE L'ÉTOILE.)

(4) Para comprender este pasaje de Louise Bourgeois, es necesario recordar que en aquel entonces las murallas de París no se extendían más allá de una línea que hoy seguiría el inicio de la Rue Mazarine, en la orilla del Sena, la Rue Dauphine, la Rue Contrescarpe, el Passage du Commerce, la Rue de Tournon, la Rue des Fossés-Monsieur-le-Prince y la Place Saint-Michel. Todo lo que hoy se conoce como Faubourg Saint-Germain era, de hecho, un mero suburbio de la ciudad, fuera de las murallas fortificadas. La Porte Saint-Germain se encontraba en la confluencia de la Rue du Paon y la Rue de l'École de Médecine; fue demolida en 1672.

(5)Esto fue el 3 de noviembre de 1589.

(6) Quince mil libras. Esto representa aproximadamente 80.000 francos en nuestra moneda, según la valoración del Sr. Leber .

(7) Elisabeth, hija de Enrique IV, nacida el 22 de noviembre de 1602; casada con Felipe IV, Rey de España; murió en 1644. Sus dos nodrizas fueron: Opportune Oudé, conocida como du Fot,, primera nodriza. (Salario: 1200 libras) Augustine Melluet, conocida como La Picarde, segunda nodriza. (Salario: 600 libras) Por lo tanto, es de una de estas mujeres de quien Louise Bourgeois tiene conocimiento.

(8) Charles Bourgeois, padre de nuestra comadrona, falleció en París el 26 de julio de 1589 y fue enterrado en el cementerio de Saint-André-des-Arts. Antes del incendio de la Comuna, verificamos este hecho en uno de los registros parroquiales de París.
(9) La ciudad de Tours se rindió a Enrique IV el 21 de noviembre de 1589.
(10) Ambroise Paré, el más ilustre de los cirujanos del siglo XVI, murió el 22 de diciembre de 1591 y fue enterrado en la iglesia de Saint-André-des-Arts. Aquí está su certificado de defunción, tal como lo registramos en un libro de registro (ahora quemado) de Saint-André-

"En este día, sábado 22 de diciembre de 1590, fue enterrado en la iglesia de Saint-André-des-Arcs, al pie de la nave, cerca del campanario, el señor Ambroise Paré, primer cirujano del Rey.
(11) Léase: Mientras mecía.

(12) El Collège de Bourgogne ocupaba el sitio de la actual Facultad de Medicina.

(13) La iglesia de los Cordeliers, una de las más grandes de todas las de París, estaba frente al Collège de Bourgogne. Ahora es el hospital de las clínicas.

(14) La iglesia parroquial de Saint-Côme está ocupada en parte hoy por el Museo Dupuytren.

(15) Louise Bourgeois fue admitida como partera el 12 de noviembre de 1598. Según los estatutos o reglamentos de 1560, que representan la carta constitutiva de las parteras de París, estas eran consideradas parte de la Cofradía de Saint-Côme, lo que significa que estaban asimiladas, hasta cierto punto, a los cirujanos.
Para convertirse en partera, era necesario:
1º Que la candidata, provista de un certificado que acreditara su carácter moral, fuera interrogada por un jurado compuesto por un médico, dos cirujanos y dos parteras del Châtelet;
2º Jurar ante el Preboste de París o el Teniente Criminal;
3° Poseer una "carta" o diploma, firmado por el secretario del Châtelet y con el sello del preboste de París.
Solo bajo estas condiciones una comadrona podía exhibir los emblemas de su profesión frente a su casa : una imagen que representara a una mujer cargando a un niño y a un niño pequeño sosteniendo una vela, o una cuna adornada con una flor de lis.
Toda comadrona con licencia estaba obligada a denunciar a las autoridades a cualquier mujer que ejerciera la profesión de comadrona sin autorización ; se les instruía a que llamaran a un médico, a un maestro cirujano o una "antigua maestra" siempre que el parto se desviara del curso normal. Cada año, uno de los dos cirujanos jurados del Châtelet debía demostrar la anatomía a las parteras en un cadáver femenino. Un artículo notable prohibía a las parteras redactar informes (médico-legales) solicitados por mujeres embarazadas; y esto, con razón, era que "pocas de ellas" sabían leer. Finalmente, los nombres de todas las parteras de París figuraban en un registro o catálogo, que llevaba uno de los cirujanos más veteranos de la ciudad.

(16) Marguerite Thomas, conocida como Du Puy, era la más antigua de las matronas de Paris; ella había sido recibida el 30 de Julio de 1576.

(17) Péronne Boyadan era, con Marguerite Du Puy, partera juramentada en el Châtelet; ella había sido nombrada el 20 de octubre de 1576.



HOY PRESENTAMOS EL LIBRO "HISTORIAS Y CURIOSIDADES DE ALGUNOS FÁRMACOS" DEL AUTOR J. JULIO FERNÁNDEZ



Hoy queremos presentaros a José Julio Fernández, licenciado en farmacia por la Universidad de Alcalá de Henares. Lleva más de 20 años como farmacéutico comunitario. Colaborador y articulista en revistas como El farmacéutico, donde comparte información sobre medicamentos novedosos o de reciente salida al mercado, con un enfoque práctico y profesional. Además, ha participado en diferentes sesiones docentes en la Universidad de Deusto (Bilbao) para estudiantes de medicina.

Apasionado de la formulación y la historia, es sobre todo, un divulgador de historias y curiosidades sobre algunos fármacos, en redes sociales.

Julio Fernández consigue, con un lenguaje sencillo y ameno, llegar a todo tipo de profesionales sanitarios y también a legos a los que les guste o tengan curiosidad.

Hablamos con él para que nos presentara su libro.

Hola Julio, ¿se puede decir que por fin has conseguido uno de tus sueños?

Si, desde luego. Hay veces que la vida te pone caminos que nunca piensas que vas a andar y aquí estoy, dirigiéndome a unos lectores, muchos de ellos que me han acompañado desde el inicio de esta aventura.

Mucha gente ya te conoce de redes sociales, pero ¿cómo surgió la idea de hacer un libro?

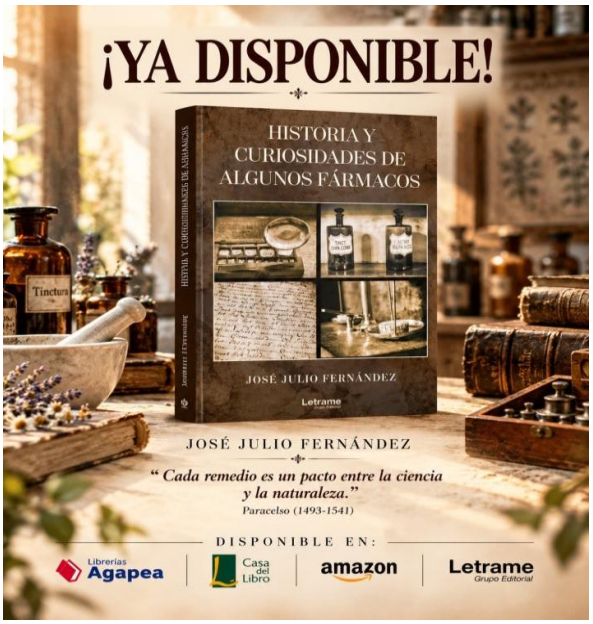
Desde luego muchos de vosotros habéis leído mis hilos sobre fármacos o la historia que había detrás de alguno, o incluso recientemente los podcast con fármaco-curiosidades que subo en YouTube, pero cuando comencé a darle forma a todo lo escrito, una idea surgió en mi cabeza, "¿Y si todo esto lo plasmo en un texto con formato libro que recopile todas las historias que he escrito?". Hablamos de 2023, pero ni yo mismo era consciente de la cantidad de historias maravillosas que hay detrás de algunos de los fármacos más vendidos en el mercado.

¿Crees que tu experiencia profesional ha ayudado a plasmar tantas historias como lo haces en este tu primer libro?

Tengo que reconocer que, estar más de veinte años tras el mostrador, viendo, tocando, dispensando tantos fármacos, atendiendo a tantas y tantas personas, era difícil o inimaginable por mí, lo complicado y apasionante que podía llegar a ser esta aventura, por llamarlo de algún modo.

A medida que me iba adentrando en la búsqueda de referencias, sus historias me iban enganchando día a día, casi de manera impulsiva y constante, y preguntándome: "¿qué pensarían las personas que estaban detrás de cada hallazgo de cada descubrimiento de un nuevo fármaco?" Me imaginaba los desvelos, los sinsabores, y fracasos que debieron vivir antes de lograr su objetivo, dar solución a un problema o una enfermedad aplicando sus conocimientos en medicina o bioquímica o en la propia farmacología. Pues confieso, que ese mismo entusiasmo, determinación y constancia trasmitida son las que he sentido al escribir sobre algunos científicos y, además, ha sido mi mayor motivación para seguir día a día tirando de la madeja y darle forma a cada historia.

Los protagonistas de este compendio puede que sean los medicamentos, pero los guionistas de esta historia no son otros que las personas que ayudaron a desarrollarlos, como Alexander Fleming, James Black, Gertrude Elion y tantos otros, que bien fruto del azar o bien fruto de un esfuerzo encomiable, sacaron adelante estos proyectos en los que a veces invertían tiempo, mucho tiempo a veces medido en años.



¿Crees que puede llegar a personas que no son profesionales sanitarios o es muy técnico?

Parte de mi objetivo ha sido utilizar un lenguaje que, aun siendo riguroso con la ciencia, fuera cercano con el lector, comprensible sin ser profesional, siendo lo más didáctico posible, para que su lectura sea un disfrute y no un "peñazo" técnico en farmacología.

De modo que, si he conseguido este objetivo, vosotros lo diréis, podréis sentir la importancia que tuvieron estos descubrimientos en la evolución humana, lo importante que es, en general, destinar fondos para la investigación y desarrollo de la "Ciencia", sí, con mayúscula, y que las mentes más brillantes puedan conseguir avances para toda la humanidad. Avances que abarquen desde la tecnología, ya vemos la importancia que está adquiriendo la inteligencia artificial, hasta todo lo relacionado con la salud, o incluso la erradicación de enfermedades que causan mucho sufrimiento en todo el mundo.

En estas páginas, he tratado de reunir muchas de estas historias con el mayor rigor científico e histórico del que he sido capaz, intentando transmitir el mismo entusiasmo que yo sentía al escribirlas, y que puede provocar al lector las ganas de querer saber más, de apasionarse con cada una de las historias.

Un último deseo, ¡espero que lo disfrutes tanto como yo al escribirlo!
¡Muchas gracias Julio!, y te deseamos que este libro tenga tanto éxito como tienes en las redes sociales con más de 36 K de seguidores en @JulioFdez79 entre otras.

Redacción AEM

INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

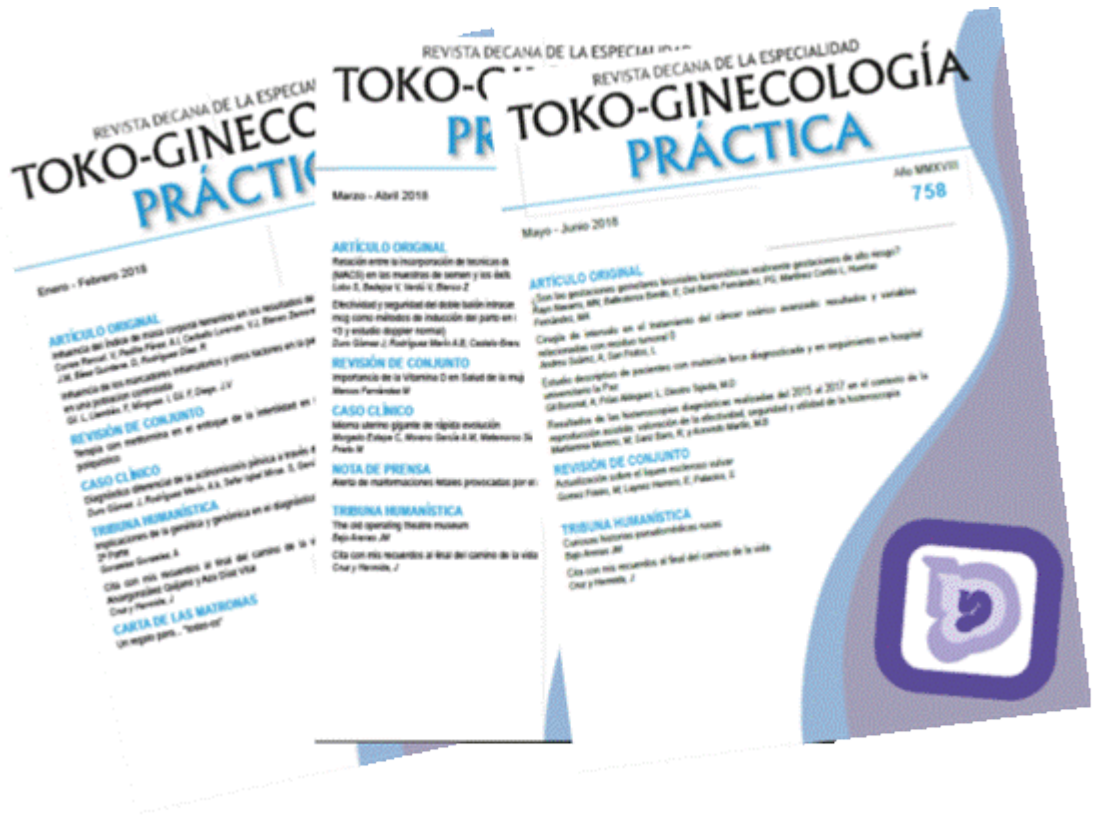
¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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



infomatronas@gmail.com

¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

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

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

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



¡ULTIMO NÚMERO! Descargar www.aesmatronas.com

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid



IV SEMINARIOS DE CINE, SALUD Y ÉTICA

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

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

Plazo de inscripción abierto hasta el 13 de enero

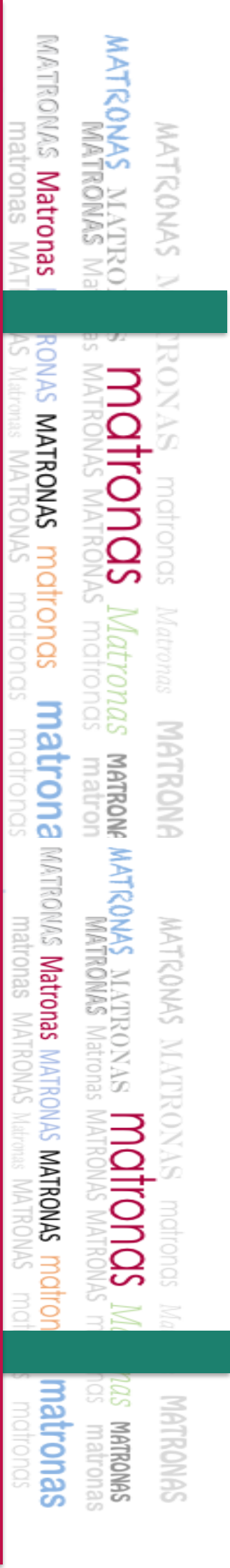
FECHA	TITULO	TEMÁTICA
21 de enero/26	"La vida por delante"	La prostitución
18 de febrero/26	"Monster"	Salud mental y discriminación
11 de marzo/26	"Cinco lobitos"	Carga de la cuidadora
22 de abril/26	"Sorda"	Violencia obstétrica
20 de mayo /26	"El acontecimiento"	Interrupción del embarazo
17 de junio/26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

+ de **47** AÑOS + de **47** LOGROS



www.aesmatronas.com





Info MATRONAS