

Info MATRONAS



NOVIEMBRE 2025 N.º 93

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 demás, 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:

❑ HEMOS LEIDO:

- LA ECOGRAFÍA REALIZADA POR MATRONAS FORTALECE EL ACCESO A LA ATENCIÓN MATERNA EN BURKINA FASO
- CUANDO LA ASTROLOGÍA SE ENCUENTRA CON LA OBSTETRICIA: LA CRECIENTE PRÁCTICA DE LAS CESÁREAS 'MUHURAT' ¡SORPRENDETE!
- EL PLAN RECUPERADO:
POR QUÉ ESTADOS UNIDOS NECESITA MÁS MATRONAS NEGRAS
- COMIENZA UN JUICIO HISTÓRICO PARA MEJORAR LOS SALARIOS DE ENFERMERAS Y MATRONAS

❑ MUY INTERESANTE:

- EL USO DE PARACETAMOL DURANTE EL EMBARAZO NO HA EXPERIMENTADO CAMBIO EN LA U.E.
- MORBILIDAD NEONATAL EN LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL TEMPRANO: EL PAPEL DE LOS ANTICOAGULANTES

❑ ENTREVISTA CON:

- M.ª ANGELES TADEO LÓPEZ

❑ BREVES:

- I JORNADAS INTERNACIONALES INTERDISCIPLINARES: SALUD MENTAL, PERINATAL Y CRIANZA
- HOSPITAL INFANTA LEONOR: ABRIENDO PUERTAS PARA EJERCER NUESTRAS COMPETENCIAS. PASADO, PRESENTE Y FUTURO
- I JORNADA DE GENÓMICA PERINATAL
- SIMPOSIO 2025 (EDICIÓN EUROPA) 13 - 14 DE NOVIEMBRE DE 2025
- XXVI JORNADA NACIONAL EN VACUNOLOGÍA E INMUNIZACIÓN
- 34 CONGRESO TRIENAL ICM. LISBOA 2026
- CONGRESO SEC. SEVILLA 2026

❑ BUENAS NOTICIAS:

- LA JUSTICIA REPRODUCTIVA ES SALUD, DIGNIDAD Y PODER PARA DECIDIR. MANIFIESTO 2025
- LAS MATRONAS VALENCIANAS CONSIGUEN UN HITO HISTÓRICO
- INICIO DEL PROGRAMA "TARDE JOVEN" EN LA COMUNIDAD DE MADRID
- PNL DEL GRUPO MAS MADRID BUSCA REFORZAR EL PAPEL DE LAS MATRONAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

❑ MALAS NOTICIAS:

- LA INVISIBILIDAD DEL TRABAJO DE LAS MATRONAS: UN PROBLEMA QUE DEBEMOS ABORDAR

❑ RECOMENDACIONES:

- LECTURA RECOMENDADA: LA MATRONA DE AUSCHWITZ

❑ MATRONAS CÉLEBRES



ASPECTOS ETICO-LEGALES EN LA ATENCIÓN A LA PÉRDIDA GESTACIONAL Y/O PERINATAL (DUELO)

La muerte siempre es un suceso indeseado, aunque sepamos que es el final al que todo ser humano está abocado. Es una máxima de la propia vida y de cualquier ser vivo, su fin, su desaparición, su muerte. Llevamos dos años contemplando, televisivamente hablando, la muerte de miles de personas por causas, unas veces de la propia naturaleza y otras, por la mano del hombre.

Parece que tenemos integrado el hecho de la muerte accidental (accidente de tráfico, por ejemplo) o la que llega tras una larga enfermedad en una persona longeva o por la propia finitud de nuestro organismo tras años de vida, pero nos cuesta aceptar la muerte inesperada, la deliberada, la que se podía haber prevenido o evitado.

Asumiendo el hecho de que en una guerra mueren personas (no tendría que haberlas), a todos se nos desgarran el alma cuando esas personas son seres inocentes, niños, recién nacidos o no, cuyo único "pecado" es haber llegado a este mundo que dirigen algunos locos cuyo ego es superior a cualquier actitud dialogante o negociadora que pueda solucionar sus diferencias sin causar bajas personales.

No es casual que cuando en un círculo de amistades conocen nuestra profesión, la primera exclamación suele ser *"que trabajo tan bonito", "que guay, estar en el inicio de la vida, serán todo alegrías", "que suerte de profesión, la parte más alegre de la medicina"*, y así unas cuantas más.



Lo que muchas de esas amistades o familiares desconocen es que, también vivimos, asistimos y atendemos en los momentos en los que una mujer, una pareja, una familia, pierden un hijo-a durante su gestación o al poco de nacer.

Son muchas las expectativas, las ilusiones, emociones, proyectos de vida que se ponen en juego cuando una mujer decide gestar y desea ser madre, o es decisión mutua de la pareja.

"Nuestra cultura sigue manteniendo el tema de la muerte como tabú, no se habla de ella o solo se aborda entre adultos y en determinadas circunstancias, alejando, por descontado, a los menores con el fin de "protegerlos". No es que esté de acuerdo con ello, pero no es tema que nos ocupa cómo cada familia aborda la crianza y educación en este tema y otros, de sus hijos-as.



De lo que quiero escribir es de los aspectos ético-legales que, como profesionales más competentes en la atención en la salud sexual y reproductiva, las matronas, debemos conocer o por lo menos ser "conscientes" que no solo importa lo qué hacemos o por qué lo hacemos, sino también el cómo lo hacemos cuando atendemos una pérdida gestacional o perinatal.



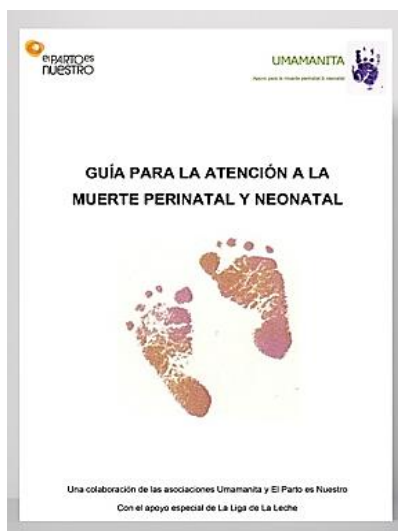
CONCEPTOS BÁSICOS

A modo rápido y para situarnos entendemos pérdida gestacional a la ocurrida antes de la semana 22 de gestación y pérdida perinatal a la ocurrida después de la semana 22 (muerte fetal) y que incluye las muertes en el periodo neonatal (durante los primeros 28 días de vida). En España¹ se considera muerte fetal, y que debe constar en el Registro Civil como tal, la que ocurre después de los 180 días de gestación (26 semanas) y no antes, y con ello se puedan solicitar los derechos de permisos maternal y paternal.



ACTITUD PROFESIONAL:

Sé que existen protocolos en muchos hospitales de España tal y como marca la Estrategia a la Sexual y Reproductiva del Ministerio², para la atención en estos procesos de pérdida, de duelo, incluso de muchas asociaciones cuyo objetivo es atender a las mujeres o familias durante este proceso de pérdida en cualquier etapa de la gestación, en el parto o en el posparto, y no solo de los procedimientos a realizar, sino que éstos faciliten el inevitable proceso de duelo que toda pérdida conlleva. No es de eso de lo que hoy quiero escribir.



Parece de “Perogrullo” tener que abordar aspectos ético-legales en la atención en procesos de pérdida gestacional o perinatal, porque simplemente deberían ser los mismos que en cualquier tipo de atención a la salud, la enfermedad o la muerte que se precie de llamarse “humanizada”, pero en mi amplia experiencia profesional, sé que en estos casos, no solo es suficiente “ser matrona” para tener las mejores herramientas de abordaje de esa pérdida y su consiguiente duelo, sino que, se debería, por un lado, lidiar, por así decirlo (trabajo personal) con nuestras propias creencias, nuestra actitud ante la muerte, ante el dolor ajeno y por otro lado, formarse específicamente (trabajo profesional) en este tema al igual que nos formamos en ecografía o suelo pélvico u otras áreas de manera más profunda.



Por supuesto, no podemos relegar nuestra responsabilidad a ningún otro profesional (“eso es un tema del médico”) o eludir la atención (“que se ocupe mi compañera”) porque en algunos lugares somos unipresenciales (una sola matrona en paritorio). En este último caso, es mucho más “honesto” (ético) simplemente permanecer al lado y no emitir ningún juicio de valor, ninguna frase hecha, y menos ningún consejo “bien intencionado” que puede añadir más daño al propio dolor de la pérdida. El silencio y la presencia respetuosa son menos dolosas.

Cuando hablamos de estos temas, muchas veces nos ceñimos única y exclusivamente a lo que la OMS llama duelo perinatal y define como la mortalidad perinatal, como las muertes que ocurren entre las 22 semanas completas de gestación (o con un peso fetal de 500 gramos o más) hasta los siete días posteriores al nacimiento. Nadie va a negar que este duelo es una experiencia profunda (incluso traumática) para los padres porque el vínculo con el bebé se forma desde la concepción, de ahí, que el apoyo profesional sea clave para procesar la pérdida y evitar un duelo complicado. Pero precisamente porque en muchísimas ocasiones el vínculo se genera desde el momento en el que una mujer es conocedora de su estado, cualquier pérdida en cualquier etapa es igual de importante.

Y digo esto a sabiendas de que se abordan de diferente manera las pérdidas del primer trimestre que las del último, tal y como escribí en un artículo en este mismo espacio hace 6 años³, no porque sean diferentes, como ya he dicho, sino porque muchos y muchas profesionales de la obstetricia, incluidas matronas, creen (erróneamente) que “duele menos cuanto más pronto ocurre” y esto mismo hace que a nivel ético se cometan errores o faltas éticas y deontológicas, y de las cuales podría poner varios ejemplos, pero no, mejor poner el foco en lo que realmente es correcto desde el punto de vista ético y legal.



El correcto abordaje ético (actitud ética) debe ser en cualquier momento, sea una gestación de 8 semanas, de 14, de 20, de 33 o de 40, y empezaremos por descartar la errónea creencia de *“a menor tiempo de embarazo la pérdida duele menos”* o *“cuanto más pequeño sea el bebé menos duele su pérdida”*.

CONTEXTO ÉTICO-LEGAL:

Los aspectos éticos y legales del duelo gestacional y perinatal incluyen derechos de la mujer gestante, de la pareja, de la familia, la necesidad de un acompañamiento de profesionales cualificados, y la garantía de procedimientos respetuosos. Además, la legislación debe contemplar el permiso laboral por duelo y el seguimiento post-alta con acceso a apoyo especializado para la salud mental.

❑ Aspectos éticos:

▪ Derechos de la gestante/ pareja:

Respeto a su dignidad, intimidad, autonomía, información clara, concisa y veraz que permita la comprensión real y adecuada a la situación para que pueda otorgar el consentimiento informado



ante cualquier procedimiento a seguir en una situación de máxima vulnerabilidad tanto si son de intervención médica (legrados, inducciones, etc.) como si de trámites burocráticos o de toma de decisiones respecto al feto o al nonato o mortinato. Como siempre aquí es imprescindible conocer la ley 41/2002⁴.

- **Autonomía:** las personas que atraviesan el duelo tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y los cuidados, con la información adecuada y el tiempo necesario para reflexionar.
- **Dignidad y reconocimiento:** se debe validar y normalizar la experiencia del duelo, reconociendo al bebé (si tenía nombre) y permitiendo la creación de recuerdos y el contacto físico o visual con el fallecido.
- **Intimidad:** tanto la gestante, la pareja y la familia deben de tener la posibilidad de contar con un espacio adecuado, tranquilo y privado, en el que se respete el derecho de despedirse, de llorar o de expresar sus emociones, lejos de curiosas miradas ajenas o de otros pacientes.

Profesionales cualificados:

- **Con formación en habilidades comunicativas,** silencio empático flexibilidad (individualización de la atención sin la rigidez de determinados protocolos) y tolerancia a creencias ajenas. El personal sanitario debe transmitir calma, respeto, es decir, comunicación empática.
- **Garantía de procedimientos respetuosos:** como la creación de recuerdos, no solo la huella o pelo sino también fotos o video, la presencia de un acompañante (pareja, familiar) y la posibilidad de despedirse del bebé.



En este sentido se debe ofrecer la posibilidad de estar en contacto, tocarlo, cogerlo tanto a la madre como a su pareja, sin prisas, el tiempo necesario. Esto, aunque parezca duro, facilita el inicio de un mejor duelo.

- **Apoyo a la pareja:** Es fundamental que la pareja pueda expresar también sus emociones, sus dudas, favoreciendo la elaboración conjunta y la comprensión mutua del proceso.
- **Colaboración con Asociaciones:** Es importante tener conocimiento sobre asociaciones cercanas a la pareja que abordan estos temas y a las que puedan acudir en caso de necesidad o por lo menos, darles la información (dípticos, folletos, webs, teléfonos...) para que recurran a ellas cuando lo consideren oportuno.



■ Aspectos legales:

■ Permiso laboral:

Un tema controvertido, en fecha de este escrito ya que se quiere incluir en el estatuto de los trabajadores la ampliación del permiso de 4 a 10 días. Es inconcebible que una mujer que aborta, por ejemplo, en la semana 10 de su gestación, se incorpore a los 4 días a su puesto laboral. Ciertamente que algunas prefieren incorporarse lo antes posible a su vida (no es recomendable evitar el duelo porque a la larga puede tener consecuencias para la salud mental) pero debe existir la posibilidad de tener un mínimo de tiempo para abordar la pérdida y no tener que recurrir a bajas laborales por “depresión” u otros motivos ajenos al suceso porque no exista ese derecho.

■ Derecho a un acompañante:

Se debe garantizar, tal y como dice la Ley⁵ sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, que al menos un acompañante pueda estar presente durante procedimientos como legados, cesáreas o la inducción de parto.

■ Espacios protegidos:

Además de lo dicho anteriormente en referencia al respeto de la intimidad, las pacientes en duelo no deben ser ingresadas en áreas de maternidad y deben evitarse los contactos con otros recién nacidos. Por lo menos informar de la posibilidad de esta opción y que la mujer pueda tomar una decisión informada.

■ Reconocimiento de la pérdida:

Toda pérdida debe ser reconocida, independientemente de la edad gestacional. Es importante identificar al bebé con datos como su nombre, peso, hora de nacimiento sobre todo si es considerado como muerte de un nacido vivo después del primer minuto de vida (art.30 Código Civil) y poder registrarlo en el Registro Civil.

A este respecto, la ley 20/2011⁶ de Registro Civil, permite no solo inscribir a aquellos nacidos no vivos a partir de los 180 días de gestación, sino que, figuren en el libro de familia. Una ley que alivió a muchas familias porque no solo permitía un reconocimiento social, sino también legal de un hijo nacido no vivo. Por otro lado, las últimas modificaciones (2023)⁷ con efecto retroactivo de esta ley (sin límite de antigüedad), han permitido cambiar la nomenclatura de “legajo abortivo”, con la consecuencia emocional y psicológica que este término suponía, cambiándolo a “nacidos no vivos” para los más de 180 días con posibilidad (opcional) de ponerles nombre (que es lo que le da identidad real para esa familia).



Con esta modificación, en el archivo de Nacidos No Vivos deben figurar:

-Del bebé que ha fallecido: se registran la hora, fecha y lugar del parto; la edad gestacional, el peso y el sexo; y la ‘opción’ de otorgarle un nombre.

-De la madre: se registran el nombre, apellidos, DNI/pasaporte, fecha de nacimiento, domicilio, etc.

-Del padre u otro progenitor (opcional): se registran el nombre, apellidos, DNI/pasaporte, fecha de nacimiento, domicilio, etc.



Respecto a las pérdidas antes de los 180 días, la ley no especifica nada concreto pero un punto importante a destacar es que, aunque se rechace la inscripción del bebé en el Archivo de nacidos sin vida, esto no afecta de ninguna manera al derecho a una disposición (inhumación o cremación) particular, el cual es un derecho fundamental de los progenitores, independientemente de la edad gestacional en el momento del fallecimiento o nacimiento⁸.

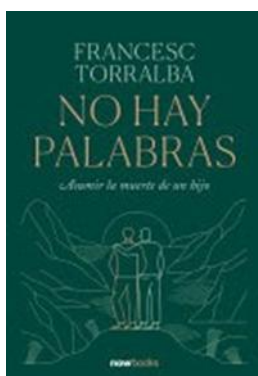
▪ **Derivación a servicio de salud mental:**

La mujer tiene derecho no solo a un seguimiento clínico posterior al alta como en cualquier otro proceso, sino que éste debe ser multiprofesional. Es imprescindible tener la posibilidad de hacer una valoración del estado psicológico (mental y emocional) de la mujer en los casos que sea necesario, creando un circuito de acceso que no se posponga en el tiempo, sea de manera preventiva de complicaciones o de tratamiento precoz en el inicio de sintomatología de un mal inicio del proceso del duelo⁹.

CONCLUSIONES:

El 15 de Octubre se celebró, como cada año, el “Día Mundial de Concienciación sobre la Muerte Gestacional, Perinatal y Neonatal”, una fecha para visibilizar y honrar a los bebés que murieron en cualquiera de estas etapas y apoyar a las familias en el proceso de duelo. Esta conmemoración busca generar no solo concienciación social sino también, que los profesionales de la salud estén mejor preparados para acompañar a los padres en una de las experiencias más dolorosas de sus vidas y a menudo silenciadas.

Sirva este artículo como aportación de conocimientos básicos que los profesionales sanitarios en general, y matronas en particular, deben adquirir para una buena atención en estos procesos, no solo porque la formación sea una responsabilidad profesional y ética, sino porque además es de obligado cumplimiento dentro de nuestro código deontológico, de la enfermera española, pero también del Código de las Matronas Españolas (AEM) en sus artículos 1 y 2 (*La matrona realizará todas sus actuaciones basándose en los principios de la bioética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, viniendo a proteger a las mujeres y sus hijos de intervenciones que puedan ocasionarle algún daño,.....*) y especialmente en su art.12 “*La matrona colaborará en la recuperación psíquica y emocional de las mujeres que han sufrido una muerte perinatal, apoyándolas de manera que sean capaces de iniciar correctamente la elaboración del duelo*” y para ello es necesario la formación específica.



Para finalizar una frase del filósofo Francesc Torralba tras su propia experiencia ante la pérdida de su hijo al ser entrevistado por su publicación “**No hay palabras**” (editado en castellano por Now Books y en catalán por Ara Llibres) : “*La muerte es un puñetazo a la arrogancia y la vanidad*”.

Toda pérdida es dolorosa, pero en mi opinión, la de un hijo supera a cualquiera entre otras cosas porque contraviene la llamada “ley natural” de la propia vida, pero como profesionales, matronas, debemos aprender a tratar con ella y poder acompañar con calidad y calidez, no solo en los aspectos clínicos sino también éticos y legales, en resumen, con excelencia.



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



‘Amar sin latido’, es un monumento dedicado a la muerte perinatal. Está en el cementerio de Comillas (Cantabria)

LA estatua es de bronce y el escultor Jesús García Trapiello

Referencias.

- 1 - [https://www.boe.es/eli/es/d/1958/11/14/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/d/1958/11/14/(1)/con). Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil.
- 2 - <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- 3 - Infomatronas AEM. Sep 2019 “Deshumanización de la atención en la pérdida gestacional”
- 4 - Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 5 - Art.14.Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOE-A-2003-8796
- 6 - <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/07/21/20/con>. BOE-A-2011-12628
- 7 - [https://www.boe.es/eli/es/ins/2023/07/31/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2023/07/31/(1)). BOE-A-2023-18146
- 8-<https://www.umamanita.es/libro-de-familia-archivo-nacidos-sin-vida/>
- 9 - Irene Sabin Buzón, Ana Huertas Tomás, Sandra Valverde de la Cruz, María José Alemany Anchel, Rosa Ana Bonora Lletí. Estudio fenomenológico sobre la experiencia de las mujeres ante una pérdida gestacional. UDM-CV (2023).



**EL MUNDO NECESITA UN
MILLÓN MÁS DE
MATRONAS**

**JUNTOS, PODEMOS
HACERLO REALIDAD.**



Estamos muy contentas/os de lanzar Un Millón Más de Matronas — una petición global para aumentar, apoyar y mantener la fuerza laboral mundial de matronas y matrones.

Cada dos minutos, una mujer muere por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Cada 17 segundos, se pierde un bebé antes de nacer. Cada año, 2.3 millones de recién nacidos mueren en los primeros 28 días de vida. Las tasas de cesáreas están aumentando hasta casi 30% a nivel mundial, a menudo sin mejorar los resultados, mientras que la violencia obstétrica y las necesidades insatisfechas de planificación familiar continúan dañando la salud y los derechos de las mujeres.

Las matronas y matrones son la solución.

Salvan vidas, protegen derechos y mejoran la calidad de la atención para mujeres y recién nacidos. Sin embargo, al mundo le faltan un millón de estos profesionales para satisfacer plenamente las necesidades globales de salud sexual y reproductiva. Si ampliamos la fuerza laboral mundial de partería, podríamos evitar 67% de las muertes maternas, 64% de las muertes neonatales y 65% de los mortinatos — salvando más de 4.3 millones de vidas para 2035. Para lograrlo, las matronas deben ser reconocidas como profesionales de la salud esenciales, apoyadas para trabajar en todo su ámbito de práctica, equipadas con la formación y los recursos necesarios, y fortalecidas a través del liderazgo.

Por eso, en asociación con la campaña PUSH, lanzamos esta petición global para pedir **Un Millón Más de Matronas**. La petición permanecerá abierta hasta el último día de nuestro Congreso Trienal en Lisboa, en junio de 2026, donde entregaremos las firmas directamente a líderes mundiales. La incidencia continuará a nivel nacional a través de nuestras asociaciones miembro, que usarán los datos de firmas de cada país para exigir acción a sus gobiernos.



En el Congreso, entregaremos las firmas de la petición a un representante mundial de alto nivel. Pero ese no es el final: la defensa a nivel nacional continuará durante todo el año 2026, con herramientas y apoyo para ayudar a las asociaciones miembro de la ICM a presionar para conseguir más matronas en sus propios países.

¿Ha dado usted el primer paso? Firme la petición hoy mismo.

Reúna firmas, gane un puesto en el Congreso

Queremos celebrar a las matronas que están ayudando a hacer realidad Un millón más.

¿Está promoviendo la petición en su comunidad? Ya sea organizando actos, compartiéndola en Internet, pegando carteles en su lugar de trabajo o haciendo algo creativo para impulsar la recogida de firmas, ¡cuéntenoslo! Envíenos su historia utilizando nuestro breve formulario.

Todas las propuestas enviadas antes del 10 de marzo de 2026 entrarán en un concurso para ganar una de las tres entradas gratuitas para asistir al Congreso de la ICM (sólo cuota de inscripción). El sorteo se celebrará en directo durante nuestro evento del Día Internacional de la Matrona. Las propuestas más inspiradoras también aparecerán en las plataformas de la ICM y podrán ser seleccionadas para hablar en un evento de la ICM. Lea los términos y condiciones.

¡Empiece a compartir y ayúdenos a impulsar #UnMillónMás!

<https://millionmore.org/es/peticion-es/>

LA ECOGRAFÍA REALIZADA POR MATRONAS FORTALECE EL ACCESO A LA ATENCIÓN MATERNA EN BURKINA FASO



En Burkina Faso, mejorar el acceso a la atención obstétrica es un objetivo estratégico fundamental en la lucha contra la mortalidad materna. En este contexto, se ha implementado una iniciativa innovadora: capacitar a matronas para realizar ecografías obstétricas básicas durante las consultas prenatales, con el fin de fortalecer el seguimiento del embarazo, especialmente en zonas remotas donde es difícil acceder a especialistas.

La ecografía obstétrica es una herramienta esencial en la atención prenatal, ya que permite determinar la edad gestacional, detectar anomalías fetales, detectar embarazos ectópicos, evaluar el crecimiento fetal y orientar la modalidad de parto más adecuada.

En 2021, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa piloto en ocho distritos sanitarios de Boucle du Mouhoun y Hauts-Bassins. Estas dos regiones fueron seleccionadas por su tamaño, la accesibilidad a centros de salud en un radio de 6,4 km o menos, un promedio de al menos 20 primeras consultas prenatales al mes, la presencia de al menos tres profesionales sanitarios, incluida una matrona, y la disponibilidad de una ambulancia en funcionamiento.

Las zonas rurales son especialmente prioritarias, con una tasa de mortalidad materna más alta que las zonas urbanas, de 231 y 185 por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente.

"Antes, las embarazadas atendidas en nuestro centro tenían que desplazarse a otras instalaciones para realizarse las ecografías. Esto ocasionaba retrasos en el diagnóstico, costes adicionales y, en ocasiones dificulta-

des evitables", explica Denise, matrona con 20 años de experiencia y jefa de maternidad del Centro Médico Urbano Sakaby (CMU).

Denise, junto con otras 17 matronas, recibió capacitación especializada en ecografía obstétrica básica en noviembre de 2023. «Esta iniciativa es revolucionaria, ya que la detección temprana de complicaciones es esencial para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé», explica. Tras la capacitación, ella y su equipo realizaron 2144 ecografías entre enero de 2024 y marzo de 2025, y se identificaron y trataron tempranamente 10 embarazos de alto riesgo.

"El fácil acceso a la ecografía es de importancia estratégica, tanto para la salud pública como para el desarrollo socioeconómico. La ecografía permite el diagnóstico temprano y no invasivo de anomalías y, por lo tanto, un tratamiento temprano", explica el Dr. Moussa DADIOARI, Jefe del Departamento de Salud de la Mujer, el Hombre y el Adulto Mayor de la Dirección de Salud Familiar del Ministerio de Salud.

La CMU de Sakaby también registró el mayor número de consultas prenatales y partos después de la implementación del proyecto. Se registraron 1.309 consultas prenatales y 1.030 partos entre noviembre de 2022 y octubre de 2023, en comparación con 1.635 consultas prenatales y 1.913 partos entre noviembre de 2023 y octubre de 2024.

La iniciativa se enmarca en una dinámica más amplia para mejorar la calidad de la atención materna, junto a otras medidas como la atención gratuita a embarazadas y niños menores de cinco años, incluyendo la relacionada con el parto, el acceso gratuito a

la planificación familiar, el fortalecimiento de la salud comunitaria mediante acciones de promoción y prevención dirigidas a embarazadas y mujeres que han dado a luz recientemente, así como la mejora en la atención de las complicaciones obstétricas.

El proyecto fue posible gracias a la financiación del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva, que permitió la elaboración de un manual de referencia para la formación en ecografía y la orientación de formadores. Dieciséis centros de salud y promoción social fueron equipados con un ecógrafo portátil, una impresora y material fungible, y sus matronas recibieron formación y supervisión.

El Dr. Jean de Dieu SANOU, ginecólogo-obstetra y médico del Hospital Universitario Sourou Sanou (CHUSS) de Bobo-Dioulasso, y uno de los seis formadores contratados para el proyecto, celebra los resultados obtenidos, aunque señala la necesidad de mejorar ciertos aspectos. *«Aunque la formación de matronas se considera bastante corta, proporciona información básica útil en zonas de acceso limitado. La falta de ecografía puede provocar un diagnóstico tardío de patologías graves o la falta de conocimiento sobre un embarazo múltiple».*

La OMS recomienda una ecografía antes de la semana 24 de embarazo para optimizar el seguimiento prenatal. Este enfoque no solo ayuda a reducir los riesgos tanto para la madre como para el niño, sino que también fortalece la confianza de las mujeres en el sistema de salud.

"Para que esta recomendación se haga realidad, es crucial invertir más en la capacitación del personal, el equipamiento de los centros de salud y la sensibilización de la comunidad", afirma el Dr. Ramatou Sawadogo Windsor, jefe del programa de salud materno-infantil de la oficina de la OMS en Burkina Faso.

La Organización brindó apoyo estratégico a la Dirección de Salud Familiar para movilizar a organismos profesionales, como ginecólogos-obstetras, matronas y radiólogos, con el fin de promover la aceptación de esta inno-

vación. Esta labor de promoción contribuyó a generar consenso sobre el papel complementario que las matronas pueden desempeñar en la realización de ecografías de rutina.

A nivel técnico y financiero, la OMS apoyó la elaboración participativa de un manual de capacitación en ecografía, diseñado para responder a las realidades del contexto burkinés. Este manual sirvió de base para la organización de sesiones de capacitación con el apoyo de la OMS, dirigidas a matronas, especialmente en regiones con acceso limitado a servicios especializados.

Sin embargo, persisten desafíos: en la mayoría de los centros de salud solo se ha capacitado a una matrona, lo que hace vulnerable el servicio en caso de ausencia, y también se reportan escasez de consumibles.

A pesar de estas limitaciones, la iniciativa está generando un gran entusiasmo. La OMS y el Ministerio de Salud están considerando ampliarla a otros distritos, con el apoyo del Banco Mundial. El objetivo es convertir la ecografía prenatal básica en un servicio esencial accesible para todas las embarazadas, independientemente de su lugar de residencia. Al ofrecer la ecografía en los centros de salud públicos, se reducen las desigualdades en el acceso a la atención y se salvan vidas.

¡Lástima que en España no piensen lo mismo! ¿por qué será?

Fuente: OMS

**CUANDO LA
ASTROLOGÍA SE
ENCUENTRA CON LA
OBSTETRICIA: LA
CRECIENTE PRÁCTICA
DE LAS CESÁREAS
'MUHURAT'
¡SORPRENDENTE!**



Cada vez más familias eligen horarios "auspiciosos" para las cesáreas, mezclando tradición y medicina moderna para dar la bienvenida a sus bebés.

En toda la India, cada vez más padres no solo optan por las cesáreas, sino que también las programan en fechas y horarios propicios. Una madre primeriza de 30 años, por ejemplo, se alegró mucho cuando su bebé nació el 5 de septiembre a las 8:04 a. m., siguiendo la sugerencia del astrólogo familiar de planificar el parto entre las 7:27 a. m. y las 9:44 a. m.

La cesárea, sin riesgos, transcurrió sin contratiempos, ya que los horarios estaban predeterminados.

En otro caso, una mujer de 27 años en Mumbai sufrió complicaciones médicas al final del embarazo.

Sus médicos recomendaron una cesárea, pero su familia quería seguir un **"muhurat auspicioso"** después de las 11 p. m. La cirugía se programó como corresponde y nació un bebé sano. "En este caso, se consideró que el momento era seguro bajo supervisión médica. La decisión tuvo en cuenta tanto la necesidad médica como la preferencia cultural de la familia", recordó la Dra. Rana Choudhary, especialista en ginecología y obstetricia de los Hospitales Wockhardt de Mumbai Central.

También hay familias que solicitan el parto antes de una fecha específica, a menudo con la guía de ancianos o astrólogos. "Es muy común y ha ido en aumento en los últimos

años", afirmó la Dra. Manjusha Goel, consultora principal de obstetricia y ginecología del Hospital CK Birla de Delhi.

¿Qué hace posible la cesárea muhurat?

Los partos normales son impredecibles y, por lo tanto, no se pueden ajustar a un muhurat. "Solo las cesáreas se pueden adaptar a un muhurat", explicó el Dr. Goel. "Si una paciente se dirige a un parto normal y consideramos que sus constantes vitales son buenas, la mayoría de las familias son receptivas, a menos que se trate de un mal momento como el *shraadh*, en el que podrían solicitar una cesárea temprana dentro de un período favorable".

Cada vez más familias consultan a los astrólogos antes de fijar fechas. «He observado que esta tendencia se acentúa con el tiempo», afirmó la Dra. Monica Chopra, dentista convertida en clarividente y fundadora de Aananda-The Healing Hub y Aananda Crystals.

Las cifras reflejan un aumento más amplio de las cesáreas: del 17,2 por ciento en 2015-16 (NFHS-4) al 21,5 por ciento en 2019-21 (NFHS-5), con tasas en los hospitales privados aún más altas.

La psicología de elegir una cita

Para muchas, programar una cesárea es una cuestión de tranquilidad. «Si no se puede controlar el destino, al menos se puede recibir a un bebé con la energía más positiva posible», afirmó el Dr. Chopra.

Delna Rajesh, psicóloga, coach de relaciones, numeróloga y sanadora kármica, lo ve como una necesidad de control. *"Elegir una fecha proporciona a los padres una sensación de autonomía en una situación que, de otro modo, estaría dominada por la incertidumbre"*, afirmó. Durante siglos, las familias indias han recurrido a los **muhurats** para bodas, inauguraciones de casas y negocios. Extender esto al parto **"se siente natural"**, afirmó Rachit Dua, astróloga y quíromántica.

La gente suele buscar el mejor **muhurat** cuando se trata de casarse o comprar un vehículo. Por eso, cuando se trata de traer una nueva vida al mundo, es natural que los padres deseen que suceda en el momento más propicio. Por eso, fijar la fecha y hora para las cesáreas se ha convertido en una tendencia creciente no solo para los astrólogos, sino también como una fuente de ingresos para muchos hospitales, dijo Dua.

Delna también observó impulsos emocionales más profundos:

- **Miedo a "no ser suficiente"**: Los padres se preguntan si están haciendo todo lo posible.
- **Presión social**: Los familiares o los médicos pueden reforzar la creencia de que una fecha auspiciosa asegura el éxito.
- **Culpa vs. control**: En tiempos de incertidumbre, un parto programado da la ilusión de control.

Los riesgos médicos

Los médicos enfatizan que los bebés deben permanecer en el útero al menos hasta la semana 39, para que órganos vitales como los pulmones, el cerebro y el hígado se desarrollen completamente. Los partos electivos prematuros pueden presentar riesgos.

Las familias suelen solicitar horarios específicos, incluso con precisión de minutos. "A veces vienen pidiendo las 12:24", dijo el Dr. Goel. *"Les decimos que mantengan un margen de tiempo, porque no podemos comprometer la seguridad médica"*.

Los horarios inusuales son especialmente peligrosos. *"Es perjudicial y arriesgado realizar cirugías electivas por la noche o temprano en la mañana, por ejemplo, entre las 2 y las 3 de la madrugada, debido a problemas como la hipertensión"*, advirtió la Dra. Goel. Recordó a una paciente que insistió en un **muhurat** a las 4 de la madrugada a pesar de los riesgos relacionados con la obesidad. *"Ni siquiera una ginecóloga cedería"*, dijo. *"En horarios inusuales, el personal y la infraestructura también pueden ser inadecuados para los procedimientos electivos"*.

Tradición versus seguridad

La Dra. Chopra atribuyó esta práctica a la mitología, citando el intento de Ravana de manipular las posiciones planetarias para el nacimiento de su hijo Meghanada, solo para ser frustrado por Saturno. *"Fue un recordatorio de que las posiciones planetarias y el destino escapan al control humano"*, dijo.

Aconseja a las familias que consideren la astrología como un apoyo, no como un sustituto. *"Incluso un número menos favorable para un parto natural seguro conlleva más ventajas que un número arriesgado y forzado, en contra de la sabiduría médica"*, añadió Delna.

El famoso astrólogo Parduman Suri coincidió: *"La carta astral puede crearse en cualquier momento antes de que el niño cumpla nueve años. La prioridad siempre debe ser el bienestar de la madre y el hijo"*.

¿Hay ciertos horarios mejores que otros?

La Dra. Chopra comentó que es consciente de ciertos momentos, especialmente en torno al parto. *"Si se puede evitar el Gandmool, es preferible. También explico que, si bien el parto normal fortalece al bebé durante su lucha por nacer, los bebés nacidos por cesárea no pasan por esa lucha y, a veces, pueden tener un sistema inmunitario ligeramente más débil"*.

Sin embargo, los llamo cariñosamente **"bebés milagro"**, porque sus chakras superiores están muy activos.

HEMOS LEIDO QUE

Tienden a ser intuitivos, sensibles y naturalmente receptivos a la guía espiritual", afirmó la Dra. Chopra.

¿Por qué las fechas 1/3/5/6 son impulsores populares?

Según Delnna, poseen cualidades que las familias aprecian naturalmente:

- 1:** liderazgo, autoridad, poder
- 3:** creatividad intelectual, ingenio, alegría despreocupación, maestro/entrenador
- 5:** adaptabilidad, agilidad, inteligencia, comunicación
- 6:** armonía, amor, lujo

Cómo están respondiendo los hospitales

Algunos hospitales ahora cobran una prima por las solicitudes de **muhurat** para cesáreas. *"La mayoría ha establecido un límite del 25 % en los cargos adicionales. No se trata de ganar dinero, pero cuando las familias pasan apuros, a menudo optan por no hacerlo. Si se eliminaran los cargos, la demanda crecería exponencialmente",* afirmó el Dr. Goel.

La Dra. Tripti Raheja, directora de obstetricia y ginecología del Hospital CK Birla, advirtió: **«El parto no debe programarse. Incluso unas pocas horas de retraso pueden marcar la diferencia entre un resultado seguro y una complicación».**

El equilibrio sagrado: primero la medicina, después los gráficos

Médicos y psicólogos coinciden: la medicina debe ir primero, la astrología después. «La verdadera seguridad, tanto materna como neonatal, es el muhurat más auspicioso», afirmó Delnna.

Como resumió el Dr. Chopra: **«El muhurat de la cesárea no se trata de superstición, sino de tranquilidad. Siempre que se priorice la experiencia médica, la astrología puede ser**

una guía de apoyo, donde la practicidad moderna y la sabiduría tradicional van de la mano».

Fuente : The Indian Express



EL PLAN RECUPERADO: POR QUÉ ESTADOS UNIDOS NECESITA MÁS MATRONAS NEGRAS



Las matronas negras, que en su día fueron la columna vertebral de la atención comunitaria, están recuperando su lugar en un sistema de salud que las ha borrado durante mucho tiempo.

Hay una crisis silenciosa en Estados Unidos: las mujeres negras tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo que las mujeres blancas. Nuestros bebés tienen el doble de probabilidades de no llegar a su primer cumpleaños. Y, sin embargo, precisamente las personas en quienes sabemos que podemos confiar para protegernos—las matronas negras— han sido prácticamente borradas de la narrativa nacional sobre el parto.

Soy una de esas matronas. Y escribo esto para afirmar que seguimos aquí.

Mucho antes de que existieran los hospitales —y los partos en hospitales—, existían las parteras negras. Arraigadas en las tradiciones africanas y adaptadas a lo largo de siglos de supervivencia y resiliencia, la partera negra, a menudo llamada "**abuela partera**" en el sur, era la piedra angular de la salud comunitaria. Atendía partos, sí, pero también ofrecía una profunda sabiduría, una base espiritual, medicina herbal y una protección férrea. Guardaba nuestras historias y nuestros secretos; a menudo, era la única profesional de la salud en la que las familias negras podían confiar.

Sin embargo, en lugar de honrar la experiencia de las parteras negras y garantizar la salud y la seguridad de las comunidades a las que servían, el establishment médico lanzó una campaña de borrado sistémico.

Forma parte de una larga historia de racismo médico en este país.

A medida que los campos de la obstetricia y la ginecología prosperaron en el siglo XIX, lo hicieron a costa de las mujeres negras esclavizadas. Los llamados "**padres**" de la ginecología experimentaron de forma diabólica y despiadada con nuestras antepasadas sin anestesia, y su dolor fue desestimado como un mito. Mientras los médicos blancos ganaban credibilidad y acumulaban poder económico, las parteras negras se veían obligadas a dejar la práctica, a menudo criminalizadas simplemente por continuar con su labor sagrada. La partería, antaño un arte comunitario, se convirtió en un símbolo de la ciencia del control.

Para el siglo XX, mediante una combinación de legislación específica, restricciones draconianas a las licencias y tácticas de desprestigio que las etiquetaban como "sin formación", las parteras negras fueron sistemáticamente expulsadas del trabajo de parto. Se apropiaron de sus conocimientos, mientras que las familias y comunidades negras sufrieron bajo un sistema que nunca se diseñó para ellas.

¿El resultado? Un sistema de salud donde, con demasiada frecuencia, las mujeres negras son ignoradas y menospreciadas.

Un sistema donde se subestima nuestro dolor, se ignoran nuestros síntomas y se subestiman nuestras vidas.

En la década de 1840, tres mujeres negras esclavizadas fueron sometidas a repetidas cirugías experimentales sin anestesia ni consentimiento por el Dr. J. Marion Sims, a menudo llamado el "padre de la ginecología moderna".

Su sufrimiento y participación involuntaria propiciaron avances en obstetricia y gineco-

logía; sin embargo, durante décadas, sus contribuciones pasaron desapercibidas. Como mujer negra del Sur y ahora orgullosa partera, he vivido esta lucha en carne propia. Mi camino hacia la partería no fue lineal. Fue una odisea.

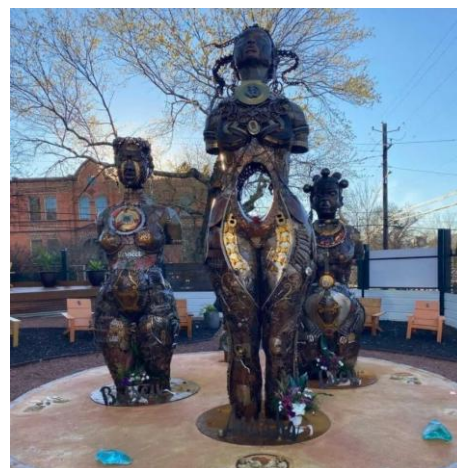
Recorrí tres estados y me formé con seis preceptores diferentes. Solo uno de ellos era una mujer negra. A cada paso, me recordaban que este sistema no estaba diseñado para mí. El proceso de certificación fue largo, riguroso y costoso. Tuve que financiar mi propia educación y horas clínicas, sortear regulaciones complejas que varían según el estado y, a menudo, defender mi presencia en espacios que no estaban destinados a mí. Y, aun así, salí adelante.

Me levanté porque este trabajo es sagrado. Porque toda madre negra merece a alguien que la vea. Porque todo bebé negro merece ser recibido por alguien que crea en su derecho a prosperar.

Existen soluciones políticas en las que podemos y debemos invertir ahora mismo. Debemos capacitar a más parteras negras y reeducar al público sobre la práctica de la partería. Esto va más allá de mejorar las cifras: debemos restaurar la confianza, la dignidad y el respeto cultural que se les ha arrebatado a las personas negras que dan a luz. Los estudios demuestran que la concordancia racial entre el profesional y la paciente produce mejores resultados. Lo sabemos, siempre lo hemos sabido.

Las tasas de mortalidad materna alarmantemente altas de nuestro país no tienen por qué ser inevitables. Cuando las matronas negras lideran, las comunidades se unen y se alzan.

Pero no podemos lograrlo solas. Además de un cambio de políticas, necesitamos financiación, canales de mentoría e inversión comunitaria. Necesitamos que se cuenten nuestras historias, que se restaure nuestro legado y que se proteja nuestro futuro. Convertirse en partera negra en Estados Unidos hoy significa resistir y reclamar lo que nos robaron.



Madres de la Ginecología, una estatua en honor a las mujeres negras esclavizadas que se sometieron involuntariamente a experimentos que resultaron en avances médicos, fue creada por Michelle Browder en Montgomery, Alabama.

Es plantar semillas en la tierra que intentó enterrarnos y verlas florecer de todos modos. Y aún así, tengo esperanza.

Lo veo en los ojos de las madres negras a las que atiendo. Lo oigo en la risa de los bebés que he ayudado a nacer. Lo siento en la férrea determinación de la próxima generación de trabajadoras de parto negras que me siguen.

No somos una tendencia. No somos una ocurrencia tardía. No somos una estadística. Somos el modelo. Y estamos aquí para quedarnos”.

Fuente :Ms.Magazine

COMIENZA UN JUICIO HISTÓRICO PARA MEJORAR LOS SALARIOS DE ENFERMERAS Y MATRONAS



La histórica campaña de la Asociación de Enfermeras y Matronas de Nueva Gales del Sur (NSWNMA) para mejorar los salarios y las condiciones de las enfermeras y matronas del sector público culminará en uno de los casos legales más grandes del estado en décadas, que supondrá una audiencia de seis semanas en la Comisión de Relaciones Industriales de Nueva Gales del Sur (IRC).

Después de rechazar la oferta del gobierno estatal de un aumento del 9% durante tres años, la NSWNMA ha presentado un caso integral para un aumento salarial del 35% durante tres años para abordar las necesidades de la fuerza laboral y el sistema de atención médica, así como para mejorar las condiciones de trabajo, incluido un aumento en el derecho a licencia por enfermedad.

La secretaria general de NSWNMA, Shaye Candish, dijo que el sindicato había hecho todo lo posible en el caso legal, después de no poder resolver su disputa salarial en la mesa de negociación. *"Es decepcionante que no hayamos podido resolver nuestra reclamación salarial fuera de los tribunales, después de casi dos años de campaña por una oferta salarial decente para nuestros miembros"*, dijo la Sra. Candish.

"Estamos presentando la mejor solución posible para brindar a las enfermeras y matronas del sector público de Nueva Gales del Sur el reconocimiento, el salario y las condiciones que merecen.

"Las enfermeras y matronas son profesionales clínicos altamente capacitados, y un aumento salarial que reconozca su increíble contribución al bienestar de las comunidades es algo que se esperaba desde hace tiempo".

"Para impulsar el reclutamiento y la retención y reducir la escasez de fuerza laboral, las enfermeras y matronas deben recibir un salario competitivo que aborde el estancamiento salarial que nuestros miembros han experimentado bajo la política salarial del gobierno de coalición anterior".

El caso de la NSWNMA detalla evidencia contundente de:

- **La subvaloración de género del trabajo de enfermeras y matronas**
- **El valor del trabajo ha aumentado en los últimos 16 años**
- **Los impactos de la productividad y la inflación**
- **Reclutamiento y retención en todo el Sistema de Salud Pública.**

El secretario general adjunto de NSWNMA, Michael Whaites, dijo que después de no poder llegar a un acuerdo adecuado con el gobierno estatal sobre mejoras salariales y condiciones, era un caso que el sindicato estaba ansioso por ver finalmente concretado.

"El equipo legal de la Asociación ha recopilado más de 17.400 páginas de pruebas, incluidas declaraciones de una docena de expertos y académicos y casi 40 declaraciones de testigos de enfermeras y parteras", dijo Whaites.

"Nuestra evidencia expone los cambios en el valor del trabajo que las enfermeras y matronas han experimentado en los últimos 16 años, incluidos los desafíos y las complejidades de su trabajo clínico."

“También contamos con evidencia experta que demuestra la actual e histórica subvaloración basada en el género de la enfermería y la partería, incluida la creciente brecha salarial de género en el sector público, que está en su nivel más alto en una década. No solucionaremos los problemas del sistema de salud pública hasta que valoremos y respetemos a nuestras enfermeras y matronas. La oferta del gobierno no cumple con esta simple prueba”.

“ES HORA DE QUE LAS ENFERMERAS Y LAS MATRONAS RECIBAN UNA REMUNERACIÓN ADECUADA Y SEAN RECONOCIDAS POR EL PAPEL FUNDAMENTAL E INNEGABLE QUE DESEMPEÑAN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA”.

La audiencia de seis semanas durará hasta el 7 de noviembre, con tres días reservados para las presentaciones finales en diciembre.

La Asociación de Enfermeras y Matronas de Nueva Gales del Sur (NSWNMA) es el sindicato registrado de todas las enfermeras y matronas de Nueva Gales del Sur. La Asociación representa los intereses laborales de las enfermeras, matronas y cuidadores empleados en Nueva Gales del Sur en los sectores público y privado, de atención a la tercera edad y de atención primaria. Su función es proteger los intereses de las enfermeras, matronas y las profesiones de enfermería y matronería. Cuenta con 80.000 miembros, está afiliada a Unions NSW y al Consejo australiano de Sindicatos (ACTU) y trabaja en colaboración con la Federación Australiana de Enfermería y Partería (ANMF)

Fuente : The Lamp



EL USO DE PARACETAMOL DURANTE EL EMBARAZO NO HA EXPERIMENTADO CAMBIO EN LA UNIÓN EUROPEA.



Los medicamentos a base de paracetamol pueden utilizarse durante el embarazo, de acuerdo con las recomendaciones oficiales.

En la UE, el paracetamol (también conocido como acetaminofén) puede utilizarse para reducir el dolor o la fiebre durante el embarazo si es clínicamente necesario. Actualmente no hay nueva evidencia que requiera cambios en las recomendaciones de uso actuales de la UE.

En palabras del director médico de la EMA, Steffen Thirstrup

"El paracetamol sigue siendo una opción importante para tratar el dolor o la fiebre en mujeres embarazadas. Nuestro consejo se basa en una evaluación rigurosa de los datos científicos disponibles y no hemos encontrado evidencia de que tomar paracetamol durante el embarazo cause autismo en niños."

Tal como se incluye en la información del producto de paracetamol en la UE, una gran cantidad de datos de mujeres embarazadas que utilizaron paracetamol durante el embarazo no indican ningún riesgo de malformaciones en el feto en desarrollo ni en los recién nacidos.

En 2019, la EMA revisó los estudios disponibles que investigaron el desarrollo neurológico de niños expuestos al paracetamol intrauterino y concluyó que los resultados no eran concluyentes y que no se pudo establecer una relación con trastornos del desarrollo neurológico. (Véanse las notas a pie de página: 1 y 2).

Cuando sea necesario, se puede usar paracetamol durante el embarazo. Como con cualquier medicamento para el tratamiento agudo, debe usarse en la dosis mínima eficaz, durante el menor tiempo posible y con la menor frecuencia posible.

Las mujeres embarazadas deben hablar con su profesional de la salud si tienen preguntas sobre cualquier medicamento durante el embarazo.

Al igual que con todos los medicamentos, la EMA y las autoridades nacionales competentes de la UE seguirán supervisando la seguridad de los medicamentos que contienen paracetamol y evaluarán con prontitud cualquier nuevo dato que surja. Se adoptarán las medidas regulatorias necesarias para proteger la salud pública.

1.The European Network of Teratology Information Services, ENTIS: Position statement on acetaminophen (paracetamol) in pregnancy, October 3, 2021.

2.Ahlqvist VH, Sjöqvist H, Dalman C, et al. "Acetaminophen use during pregnancy and children's risk of autism, ADHD, and intellectual disability" JAMA, 2024;331(14):1205–1214.
doi:10.1001/jama.2024.3172

Fuente: European Medical Agency

MORBILIDAD NEONATAL EN LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL TEMPRANO: EL PAPEL DE LOS ANTICOAGULANTES



Un estudio innovador publicado en *Pediatric Research* ha arrojado nueva luz sobre los posibles beneficios de la terapia anticoagulante en el manejo de la restricción del crecimiento fetal (RCF) de inicio temprano, una afección crítica que afecta a los embarazos en todo el mundo.

La RCF de inicio temprano, caracterizada por una tasa de crecimiento fetal anormalmente lenta antes de las 32 semanas de gestación, contribuye significativamente a la morbilidad y mortalidad neonatal, lo que plantea importantes desafíos para la medicina materno-fetal. El equipo de investigación, dirigido por González et al., profundizó en la eficacia de la heparina de bajo peso molecular (HBPM) para mitigar las complicaciones neonatales asociadas con esta afección, ofreciendo nuevas esperanzas para los embarazos de riesgo.

La fisiopatología que subyace a la RCF de inicio temprano es compleja y a menudo implica una función placentaria alterada que compromete el aporte de nutrientes y oxígeno al feto en desarrollo. Esto resulta en una cascada de sufrimiento que no solo restringe el crecimiento fetal, sino que también predispone a los recién nacidos a una amplia gama de morbilidades, como dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y déficits del desarrollo neurológico a largo plazo. A pesar de los avances en la monitorización prenatal, las intervenciones terapéuticas para mejorar los resultados en la RCF de inicio temprano siguen siendo limitadas, lo que requiere enfoques innovadores basados en un profundo conocimiento de la biología placentaria y la hemodinámica fetal.

En este contexto, la Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), conocida principalmente por sus propiedades anticoagulantes, se perfila como una candidata prometedora. Tradicionalmente utilizada para el tratamiento de trastornos tromboembólicos, su potencial utilidad en obstetricia reside en su capacidad para mejorar el flujo sanguíneo placentario y reducir los eventos microtrombóticos en la circulación uteroplacentaria. El estudio de González y sus colegas evalúa rigurosamente si la administración de HBPM a mujeres embarazadas con diagnóstico de RCF de inicio temprano puede traducirse en reducciones mensurables de la morbilidad neonatal, una pregunta que ha persistido en el ámbito clínico durante años.

La metodología de investigación implicó un análisis comparativo entre dos cohortes: embarazos complicados por RCF de inicio temprano que recibieron tratamiento con HBPM y aquellos tratados sin anticoagulantes. Los resultados neonatales se registraron meticulosamente, centrándose en indicadores como la puntuación de Apgar, la tasa de complicaciones respiratorias, la incidencia de lesión cerebral y la duración total de la estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Mediante el uso de parámetros clínicos robustos, los investigadores pudieron analizar los efectos diferenciados de la HBPM más allá de las métricas básicas de supervivencia.

Uno de los hallazgos fundamentales del estudio fue una reducción estadísticamente significativa de ciertas morbilidades en neonatos cuyas madres recibieron HBPM. Los datos revelaron mejoras en el estado de oxigenación y una disminución en la incidencia de hemorragia intraventricular grave.

Estos hallazgos sugieren que la HBPM podría ejercer una influencia protectora sobre la frágil vasculatura fetal, estabilizando potencialmente el flujo sanguíneo cerebral y frenando los episodios de lesión por isquemia-reperfusión. Este aspecto neuroprotector, de corroborarse en estudios posteriores, podría redefinir los protocolos de tratamiento para la RCF de inicio temprano.

Además, el momento de inicio de la HBPM pareció desempeñar un papel crucial en la modulación del pronóstico. El inicio temprano del tratamiento anticoagulante se correlacionó con una mejor condición neonatal al nacer, lo que refuerza la importancia del diagnóstico y la intervención oportunos. Los autores enfatizan la necesidad de contar con herramientas de cribado prenatal perfeccionadas que puedan identificar la RCF en sus etapas subclínicas, lo que permitirá implementar medidas terapéuticas como la HBPM antes de que se produzca un daño placentario irreversible.

Curiosamente, si bien la HBPM demostró claros beneficios en la reducción de diversas complicaciones neonatales, la terapia no alteró significativamente la edad gestacional general al momento del parto. Este hallazgo cuestiona las suposiciones de que el tratamiento anticoagulante podría prolongar el embarazo al mejorar la perfusión uteroplacentaria. En cambio, sugiere que los mecanismos protectores de la HBPM operan independientemente de la duración de la gestación, centrándose más en mejorar la resiliencia fetal en condiciones adversas que en retrasar el parto prematuro.

Las implicaciones de esta investigación van más allá de las métricas de salud neonatal, planteando preguntas que invitan a la reflexión sobre el papel de la terapia anticoagulante en la programación fetal. Las alteraciones del entorno intrauterino durante períodos críticos del desarrollo tienen consecuencias para toda la vida; por lo tanto, mejorar la función placentaria podría mitigar los riesgos no solo durante el período neonatal, sino también en la edad adulta. Los autores postulan que la HBPM podría modular las vías inflamatorias y la función endotelial, sentando las bases para un desarrollo posnatal más saludable.

Como en cualquier estudio clínico, existen limitaciones que deben considerarse. El tamaño de la muestra, aunque considerable, requiere su expansión a diversas poblaciones para validar su aplicabilidad universal. Además, el seguimiento a largo plazo del desarrollo neurológico es indispensable para evaluar exhaustivamente la influencia de las HBPM en las funciones cognitivas y motoras. La comunidad investigadora espera con interés ensayos longitudinales posteriores que profundicen en estos hallazgos preliminares, aunque prometedores.

Desde una perspectiva de medicina traslacional, el estudio de González et al. refuerza el debate actual sobre la ampliación de las aplicaciones de los anticoagulantes en obstetricia. El delicado equilibrio entre la prevención de la trombosis y la prevención de complicaciones hemorrágicas requiere regímenes terapéuticos personalizados, lo que subraya la necesidad de una colaboración multidisciplinaria entre hematólogos, obstetras y neonatólogos. Es probable que las futuras guías clínicas reflejen recomendaciones matizadas derivadas de estos enfoques integrados.

Los avances tecnológicos en imagenología y perfilación de biomarcadores complementan este progreso terapéutico. La ecografía Doppler no invasiva, junto con ensayos moleculares que detectan la activación de la coagulación, permite una monitorización precisa de la salud placentaria y el bienestar fetal. La integración de estas herramientas diagnósticas con los regímenes de tratamiento con HBPM permite optimizar el momento y la dosis, maximizando los beneficios clínicos y minimizando los riesgos.

Paralelamente, los estudios mecanísticos que exploran cómo la HBPM afecta la remodelación vascular placentaria y la invasión del trofoblasto enriquecerán la narrativa científica. Desentrañar estos fundamentos celulares y moleculares es crucial para identificar nuevas dianas terapéuticas y mejorar las estrategias farmacológicas existentes.

Por lo tanto, la interfaz entre la biología vascular y la medicina perinatal sigue siendo una frontera vibrante para la innovación.

Tanto médicos como investigadores están entusiasmados con el potencial que este estudio revela para mejorar la atención perinatal en el contexto de la restricción del crecimiento fetal. Dado que la restricción del crecimiento fetal de inicio temprano sigue planteando desafíos considerables en todo el mundo, especialmente en entornos de bajos recursos, intervenciones como la HBPM podrían reducir las brechas en la equidad asistencial si se adaptan e implementan adecuadamente.

En definitiva, esta investigación sienta una base sólida para el uso prudente de HBPM en embarazos complicados por RCF de inicio temprano, lo que supone un avance significativo en la mitigación de la morbilidad neonatal. A medida que la comunidad científica profundiza en estos conocimientos, la perspectiva de un inicio más saludable para los recién nacidos vulnerables se acerca cada vez más.

Conclusión:

La HBPM profiláctica iniciada al momento del diagnóstico de RCF de inicio temprano no reduce la morbilidad neonatal ni la duración de la estancia en la UCIN.

Impacto:

La HBPM profiláctica iniciada tras el diagnóstico de RCF de inicio temprano no reduce la morbilidad neonatal ni la duración de la estancia en la UCIN. Su diseño es un ensayo clínico aleatorizado, triple ciego, que aporta evidencia de alta calidad. La HBPM se prescribe con frecuencia durante el embarazo para diversas indicaciones y, a falta de alternativas eficaces, se utiliza cada vez más de forma empírica en estos casos. Nuestros hallazgos no respaldan su uso para reducir la morbilidad perinatal ni la duración del ingreso en la UCIN.

Acceso al artículo completo: González, A., Peguero, A., Meler, E. et al. Neonatal morbidity in early-onset fetal growth restriction with and without anticoagulant therapy. *Pediatr Res* (2025).

<https://doi.org/10.1038/s41390-025-04347->

Fuente Bioengineer.org



**ENTREVISTA A M.ª ANGELES TADEO LÓPEZ,
MATRONA “DE LA CABEZA A LOS PIES” ,
INQUIETA POR LA SALUD DE LAS MUJERES,
LUCHADORA POR LA SALUD DE LA
PROFESIÓN Y MUY COMPROMETIDA
CON LA FORMACIÓN DE LAS FUTURAS
GENERACIONES DE MATRONAS.**

M.ª Angeles, Marian para los amigos, recuerdo que cuando nos conocimos (hace más de 30 años) me llamó la atención tu aptitud que inspiraba calma, tu educación de modales exquisitos, tu disposición para trabajar para la profesión, tu preocupación por la salud de las mujeres y el interés por mejorar la atención que prestamos las matronas.

Marian supera en mucho a la media/alta general en su categoría profesional y humana. ¡Que lástima que no te podamos “clonar”!

Entrevista

P. ¿De dónde surge tu vocación de matrona? ¿Algún referente familiar?

R. *El mundo de la maternidad era algo que despertaba mucha curiosidad en mí, sin embargo, durante las prácticas en enfermería nunca pude rotar por paritorio ni por planta de obstetricia o ginecología con lo cual me empecé más en acercarme a ese mundo de misterio.*

Quizás el punto de partida lo tuve en casa pues soy la tercera de siete hermanas. Y el mundo de la maternidad lo viví durante mi infancia como algo mágico, que empezaba con una mujer embarazada y que no terminaba nunca, pues veía a mi madre, una mujer alegre, que siempre estaba pendiente de todo y de todas. Fue nuestra cuidadora, enfermera, maestra,..... además de hacerse cargo de las tareas domésticas.

Siempre tuve claro que lo mío era ser matrona/comadrona, estar junto a las mujeres y su familia, aunque al principio no fue fácil pues mis dos hermanas mayores ya estudiaban medicina y mi padre no veía con buenos ojos que yo estudiara una profesión de Ayudante Técnico Sanitario. Así que intercedió por mí, mi tía Rosario que era la única hermana de mi madre y enfermera además de monja Terciaria Capuchina, gracias a quien pude estudiar enfermería en Cuenca en la Escuela “Salus Infirmorum” en 1975-78 y seguí con mi formación de matrona en la Maternidad de Santa Cristina.



Con mi tía monja



Tuve el privilegio de realizar prácticas en la Escuela de Salud de Santa Cristina con el profesor Dr. Orengo del Castillo y a estudiar con su “manual de cabecera” para matronas: Obstetricia para matronas.

P. ¿Cómo fueron esos comienzos como matrona y cómo es ahora?

R. El primer día que fui a presentar mi solicitud de trabajo, me pasaron al despacho de la supervisora de paritorio, la cual me hizo unas cuantas preguntas y sobre la marcha me ofreció empezar esa misma noche a trabajar.

Así que me incorporé a trabajar en la Clínica del Pino, en Las Palmas de Gran Canaria y como también la escasez de matronas estaba muy presente, trabajé simultáneamente en la medicina pública y en la privada durante más de veinte años.

Más tarde me ofrecieron trabajar en Salud Pública (Atención Primaria), para mí un mundo desconocido y para el que no estaba preparada pues en la etapa formativa de aquellos años el enfoque era mayormente dirigido a la atención al parto y el recién nacido. Así que continué formándome y trabajando al mismo tiempo para poder actualizar mis conocimientos con el objetivo de atender a las mujeres y familias que llegaban a mi consulta de la matrona en una zona rural, en el municipio de Ingenio.

Yo veo que actualmente las ratios de matronas siguen siendo muy inferiores a lo deseable con el agravante de que la Administración parece que mira para otro lado, además los contratos son pésimos. Al mismo tiempo que se ha ido perdiendo esa unión, ese compañerismo, incluso el respeto hacía la generación de matronas antecesoras que tanto se han implicado para que cada nueva promoción de matronas esté mejor preparada, pues las matronas vamos evolucionando con la sociedad, adaptándonos a las necesidades y cuidados que solicitan las mujeres y sus familias.

P. Tu inquietud y búsqueda de la excelencia te han llevado por el camino de implicarte de lleno en tu trabajo por la profesión. ¿Cuándo empezó tu lucha?

R. Siempre he sido una persona con inquietudes y eso me ha llevado a estar realizando propuestas de mejoras para la profesión.



Algunas matronas del grupo de fundadoras de la Asociación de Matronas Canarias

ACAMAT



En 1985, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, nos ayudó bastante dado que otorgó un marco legal a las matronas y destacó la importancia de su labor en el sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de los avances, las matronas continuamos enfrentándonos a los desafíos en cuanto a reconocimiento y salario.

En 2001 un grupo de matronas preocupadas por la dispersión geográfica debido a las características especiales de la insularidad y que cada matrona trabajaba de manera diferente, sentimos la necesidad de tener reuniones mensuales con actividades de actualización en los protocolos con los que trabajábamos y casi siempre acabábamos con una parte de encuentro más distendido donde se expresaban aquellas necesidades de cambio o mejora que se veían como relevantes y necesarias. Esas reivindicaciones eran trasladadas a la dirección de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria, junto con la propuesta de cómo llevar a cabo esa mejora.

Y así fue como en 2003 vimos la necesidad de fundar la asociación científica sin ánimo de lucro, con el objetivo de representar al colectivo de matronas de la Comunidad Canaria. Empezamos la andadura Lucinda Betancor García como secretaria, Rosa María Santiago Díaz, como tesorera, Rosario Rodríguez Asensio como vicepresidenta y yo, como presidenta. Contábamos, además, con una vocal matrona, como interlocutora en cada una de las islas.

Matronas Fundadoras de la Asociación Canaria de Matronas

Dña. Lucinda Betancor García, Dña. Elisa Díaz Luján, Dña. María Fernanda Belda Prats, Dña. María Teresa García, Hernández, Dña. Elena Giménez Capel, Dña. Asunción González Ramos, Dña. María Teresa Hernández García, Dña. Carmen Hernández Pérez, Dña. Sonia Macías Rocha, Dña. Ofelia Marrero Marrero, Dña. Aimón Sánchez Molinero, Dña. Rosario Rodríguez Asensio, Dña. Rosa María Santiago Díaz y Dña. María Ángeles Tadeo López



JORNADAS DE ACAMAT



Así nació la Asociación Canaria de Matronas, ACAMAT, con el fin de incluir a todas las matronas canarias sin diferenciar en qué isla llevaban a cabo el desempeño de la profesión, reunirnos anualmente con jornadas científicas y debatir y presentar propuestas de mejora a la administración, pues siendo entidad asociativa era más fácil que escucharan las reivindicaciones planteadas por el colectivo. Es triste que todavía a día de hoy no se entienda la enorme responsabilidad y la complejidad que tenemos las matronas de trabajar con dos clientes al mismo tiempo y uno de ellos con difícil acceso a su estado de salud real.

P.-Curiosamente al mismo tiempo llevas la vocalía de matronas, coordinadora de formación continuada y secretaria en el Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas, ¿Cómo se hace?

R. *Pues en principio lo que hacía era colaborar con Elena Giménez, vocal matrona del Colegio, también una matrona luchadora. En aquellos tiempos el acceso a la información era a través de lectura crítica de revistas profesionales, normativas publicadas en boletines oficiales y artículos científicos, así que comentaba con Elena toda la información relacionada con la profesión de matrona. Tenemos que recordar que las herramientas tecnológicas /informáticas no estaban tan presentes así que, había que dedicar mucho más tiempo a buscar y leer en formato papel para posteriormente trasladar todas las novedades relevantes a las matronas y reivindicar a la administración todas las mejoras necesarias.*

En cuanto a la Formación Continuada, es que siempre estuve enredada en actividades formativas y eso me llevó a colaborar en la organización de la agenda de formativa del Colegio junto a un grupo de enfermeros muy punteros e implicados también en lograr mejoras a través de la actualización formativa profesional..



Junta del Colegio Oficial de Enfermería



Uno de los cursos más entretenidos fue el curso de Prescripción enfermera, ¡fue una locura pues todo el mundo quería hacerlo cuanto antes! , sin embargo, 10 años después del Real Decreto 954/2015, la prescripción enfermera se encuentra en plena evolución legislativa, así que de nuevo ha sido un golpe duro para el colectivo al menospreciar la formación en Farmacología Clínica que adquirimos las matronas, primero durante la formación como enfermeras y después con la especialización en enfermería obstétrico ginecológica.

En la secretaría estuve unos diez años hasta el 2020 aunque siempre acompañada de otros enfermeros de diferentes especialidades, lo que ha sido muy enriquecedor y gratificante.

P. ¿Y cómo fue tu experiencia docente en la Universidad Fernando Pessoa Canarias?

R. Empecé como discente realizando la Licenciatura en Enfermería, y posteriormente me solicitaron que impartiera la asignatura Enfermería Obstétrica a los alumnos de tercer año, allí estuve durante diez años.

Me resultó bastante agradable dar a conocer a muchos estudiantes el trabajo de la matrona y de hecho, un grupo interesante de esos alumnos son actualmente matronas, lo cual me satisface enormemente.

También en el Centro de Salud Guanarteme tutora de prácticas de alumnos de rotatorio de medicina, EIR matronas, MIR, familia y comunitaria; formador de formadores en técnicas de inserción, localización, extracción y reinserción de Implanon NXT.



P. ¿Y tu paso por la Gerencia de Atención Primaria?

R. Pues siempre colaborando con la Gerencia de Atención Primaria en elaboración y actualización de los programas relacionados con embarazo, climaterio, lactancia. En 2003 se dio a conocer el "Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico", que es el primer protocolo específico para la violencia de género en el ámbito doméstico que se publicó en España; posteriormente impartimos talleres formativos para los profesionales de Atención Primaria, fue bastante novedoso para muchos de los profesionales sanitarios que desconocían que vivimos en una sociedad en que, aunque cueste creerlo, existe violencia contra las mujeres por el mero hecho de ser mujeres y es durante la etapa reproductiva y en especial el embarazo, cuando está más presente la violencia independientemente del nivel académico o económico que tenga esa mujer. Siendo la violencia psicológica la que más anula y más daño hace a la mujer y a sus hijos. La lesión corporal es puntual y en el deterioro psíquico se utilizan diversas tácticas para demoler la autoestima de la víctima, que finalmente interioriza mensajes negativos y se siente inútil y culpable, por lo que salir de ese escenario es bastante difícil. Le cuesta mucho a una mujer informar a alguien cercano de la situación que vive en el entorno de su pareja, pues el sentimiento de culpabilidad y vergüenza está



*muy presente. **Ser mujer no es fácil. Nunca lo ha sido. A las mujeres nos ha tocado remar contra corriente, tanto en el terreno familiar como en nuestro entorno laboral.***

En el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, trabajamos un grupo reducido de ginecólogos y matronas en los tres Talleres monográficos sobre Buenas Prácticas, que se celebraban en el marco del Programa de Formación de Profesionales de la Estrategia de Atención al Parto Normal y Salud Reproductiva en el SNS en Madrid. En 2010 impartimos estos talleres, adaptados a las prácticas que se podían ir implantando, a los profesionales de la comunidad canaria.

¿Y la Asociación Canaria de Matronas cómo fue evolucionando?

R. Desde 2003 nos implicamos en realizar jornadas científicas que cada año celebramos en una provincia diferente (Tenerife o Las Palmas), buscando ponentes que fueran interesantes para la mayoría del colectivo. Cada año acuden más matronas y así la asociación sigue creciendo cada día y tenemos más conciencia de estar agrupadas, lo que nos facilita crecer profesionalmente y conseguir mejoras.

Uno de nuestros principales objetivos era realizar un programa científico que se adaptara a la realidad actual de las matronas, incluyendo investigación y nuevos avances científicos con humanización en cuidados, además de ser un punto de encuentro.

En 2007 la Asociación de Matronas Canarias, ACAMAT, conjuntamente con la Asociación Española de Matronas organizó en Lanzarote el XII Congreso Nacional de Matronas, con el lema "Ayudando a la vida". Tuvo una gran aceptación porque, a pesar de la dificultad del traslado, asistieron 580 congresistas de toda la geografía española.



ACTO INAUGURAL DEL XII CONGRESO NACIONAL



Trabajamos la complejidad cultural en la atención sanitaria que se da en toda la geografía española, pero efectivamente quizás está un poco más acentuada en Canarias por la afluencia de inmigrantes por todos conocida.

En 2008 preocupadas por los insuficientes ratios de matronas (Canarias tiene la tasa más baja de España) y la escasa consciencia de esta situación por parte de la Administración, realizamos un estudio que presentamos en la Gerencia de Atención Primaria, incluyendo la situación



laboral y retributiva de matronas de la provincia de Las Palmas, ya que una de las prioridades establecida en el Plan de Salud de Canarias y elemento esencial de la Atención Primaria, lo constituye la salud de los cuidados de salud materno-infantil, con la finalidad última de mejorar la salud y calidad de vida de la mujer y la familia. Dicho estudio no tuvo el eco esperado debido al cierre de las Escuelas de Matronas en España, (entre 1987 y 1994), lo que creó falta de profesionales y se agudizará más. Tuvimos una matrona que realizó el esfuerzo de jubilarse a los 70 años por falta de reemplazo.



Trabajé 13 años en el Centro de Salud de Ingenio, unos 20 años atendiendo a los nacimientos y familias en Clínica Privada Santa Catalina y en 1992 me incorporé como funcionaria de carrera al Centro de Salud de Guanarteme, donde atendemos a mujeres de 118 nacionalidades. Es fácil pensar que la barrera lingüística y de comunicación, era una de las principales dificultades

a las que nos enfrentábamos cada día, puesto que muchas mujeres provienen de países donde no se habla la lengua española. El control del embarazo y la percepción del parto, también son diferentes al igual que la recuperación postparto; sin olvidar que el aislamiento social y las desigualdades en relación al género están más presentes.

Trabajamos en la prevención de complicaciones en el control y el seguimiento del embarazo. No sólo estamos pendientes de evitar patologías, sino también de cómo influyen los factores sociales en el desarrollo y evolución del embarazo.

Cuando está presente una situación de desigualdad de género, se incumplen con mayor frecuencia las citas y los tratamientos, o las mujeres no vienen a la consulta hasta pasadas las 12 semanas, momento en el que ya pueden haber perdido la oportunidad de someterse a tests prenatales no invasivos (TPNI) y, por ende, beneficiarse de sus resultados.

Poder observar el desarrollo personal de la mujer embarazada durante estos nueve meses de su vida, es una de los aspectos más gratificantes.



P. ¿Hay muchas diferencias entre las mujeres que viven en la zona rural y la urbana?

R. Las mujeres de la zona rural son más cercanas, es más fácil conseguir mejores resultados en salud. En la zona urbana, vivimos más enmascarados y, de cara a la sociedad, están más presentes las dificultades económicas o la situación laboral precaria, aunque se disimula más por vergüenza.

En el Centro de Salud Guanarteme, atendemos a mujeres de 118 nacionalidades, así que, además de los problemas sociales de las mujeres canarias, nos topamos con una dificultad idiomática añadida, además con grandes diferencias culturales, como ya he mencionado, de verdad que la asistencia se convierte en un auténtico reto con estas condiciones sobreañadidas.

P. ¿Cómo influyen las diferentes culturas en el seguimiento del embarazo?

R. Pues uno de los trabajos de investigación que realicé trataba de describir las diferencias observadas en el control y seguimiento del embarazo de las gestantes atendidas. Para las mujeres árabes, el embarazo empieza al tercer mes, mientras que, para nosotros, es tarde para realizar los cribados prenatales.

En general, este grupo acostumbra a viajar mucho y vienen a Canarias a hacer los controles de embarazo, pero vuelven a su país de origen porque dejan allí a otros hijos, hecho que dificulta el seguimiento. En cambio, las mujeres nórdicas, japonesas e incluso algunas africanas, se involucran mucho en el embarazo.



P. Me gustaría preguntarte por algo mas allá de lo profesional. ¿Hijos, pareja...?

R. Tengo dos hijos: Javier y Laura, mis tesoros, que ni siquiera me dieron la lata para traerles al mundo. Afortunadamente han crecido sanos, tranquilos y son trabajadores. Javier es entrenador deportivo y Laura pianista y coach para músicos y artistas.

Y todo esto ha sido posible gracias a mi compañero de viaje, José, mi marido, que es una persona estupenda, divertida que, siempre me lo he puesto fácil en casa y fuera de casa. De hecho, para las primeras jornadas de matronas de ACAMAT, fue nuestro chico para todo: técnico informático, soporte logístico, prestamista de vídeo proyector, taxista... siempre ha estado ahí para echarme una mano y ayudarme a llegar a todo.

Para compatibilizar, profesión y familia, es clave tener actitud positiva para no agobiarse y después organizar, planificar y saber delegar.

Muchos de los trabajos de colaboración en los programas de salud de la mujer, formación continuada, o Ministerio de Sanidad son en equipo: cada uno se encarga de elaborar una parte.

Yo tengo la suerte de que, con pocas horas de descanso, me encuentro muy bien. Por lo que he dedicado muchas madrugadas en casa para avanzar un trabajo que tuviera pendiente: formación continuada, organización de jornadas o congresos... Para mí acostarme a las 3:00 de la mañana y estar en el trabajo al día siguiente, como si hubiese descansado 12 horas, ha sido muy frecuente y ha pasado desapercibido para los demás.



Mis hijos y mi marido

P. ¿Cómo ves los tiempos venideros?

R. Pues cuando reivindicaba y luchaba por mejoras profesionales y laborales tenía claro que íbamos a conseguir una situación más favorable para la profesión, sin embargo, la realidad es que con los cambios constantes que se producen en la sociedad actual, además de que el colectivo de matronas no está tan unido, veo que esto va a ser una lucha constante y de por vida.

Así que mucho ánimo, a seguir luchando por nuestra profesión, teniendo presente que asociadas se consiguen mejoras para el colectivo. La unión y colaboración en grupo logra avances y mejoras colectivas.

P, Como sabes, hay un movimiento, entre el colectivo, de intento de modificar las condiciones de la formación de las futuras matronas que la AEM y la FAME apoyan. En resumen: obtener una titulación de matrona independiente de enfermería que se acerque más a casi todos los modelos formativos europeos. ¿Cómo lo sientes?.

R. Yo viví esa etapa de cambio cuando finalicé los estudios y me incorporé a la vida laboral. Las matronas no asumíamos la "tropelía" que representó la Orden Ministerial del 1 de abril de 1977 pues suponía la pérdida definitiva de la colegiación independiente y era dar un paso atrás en la profesión.

La Asociación Española de Matronas (denominada entonces Asociación Nacional) inició una lucha jurídica por la vía de lo Contencioso-administrativo contra la citada OM que obtuvo sentencias favorables, tanto en la Audiencia Nacional en 1980 y el Tribunal Supremo en 1982.



Esas sentencias que ordenaban retrotraer todas las actuaciones colegiales a 1977 e iniciar una nueva andadura que ya planteaba la posible separación de las matronas, **nunca se ejecutaron.**

Tal aberración jurídica dejó a las matronas en una situación de la mayor indefensión posible. Y como hemos comprobado estaban en lo cierto, pues hemos perdido independencia y autonomía. Dentro de los colegios somos minoría y con los sindicatos de enfermería al ser también un grupo minoritario, tenemos voz, pero no tenemos voto, con lo cual lo que hemos conseguido es una devaluación salarial junto a otros perjuicios en lo profesional.

P. Al hilo de la propuesta de pretender una titulación universitaria específica, ¿qué ventajas e inconvenientes podría tener el nuevo formato?

R. *Ventajas todas, pues el Título de Matrona nos va a dar la independencia profesional y autonomía propia que, en el día a día, percibimos cómo se va perdiendo, al mismo tiempo mejoraría la calidad de la formación y evitaríamos el intrusismo profesional. Tenemos las competencias reconocidas por directivas comunitarias que además ya están integradas en el ordenamiento español.*

El trabajo de las matronas cuenta con reconocimiento de la UNESCO como “un bien inmaterial de la humanidad” y el de todos los organismos internacionales.

Dentro de los inconvenientes, te diría que las matronas llevamos más de 40 años luchando para una mayor autonomía profesional, pero veo a las nuevas promociones con poco espíritu de lucha, así que implementarlo y ponerlo en marcha me parece que va ser lo más costoso. ¡Ojalá me equivoque!

Querida Marian, ha sido un verdadero placer compartir este tiempo contigo. Ojalá esa posición profesional tuyas se haya podido transmitir con esta entrevista.

En nombre de la Asociación Española de Matronas y en el mío propio, agradecerte que nos hayas concedido parte de tu tiempo y por todo lo que has aportado a la profesión.

Sirva esta entrevista como el reconocimiento, muy merecido, que desde la Asociación Española de Matronas venimos realizando desde hace algún tiempo, para dar visibilidad a tantas mujeres, matronas, que forman o han formado parte de la historia de la profesión, en tu caso, a iniciar el camino de la libertad de las mujeres para poder planificar su maternidad.

M.ª Angeles Rodriguez Rozalén



Curso Online 3/4 meses (según ritmo de estudio)

INICIO: Noviembre 2025

Curso Acreditado por la Comisión de Formación continuada del SNS.

FORMATO ONLINE

- El Curso está alojado en el CAMPUS VIRTUAL SEC y es enteramente ONLINE.
- El acceso al Curso es mediante CLAVES personales en HORARIO LIBRE.
- Tiene una duración máxima de 3/4 MESES.
- Cada módulo tendrá un EXÁMEN TIPO TEST que el alumno deberá aprobar para continuar.
- Respecto al acceso al material, se podrá ACCEDER al mismo una vez comience el estudio.
- Todas las clases las podrá DESCARGAR en formato Pdf.

PROGRAMA

- **MÓDULO 1. ENTENDIENDO EL GÉNERO**
- **MÓDULO 2. SALUD Y GÉNERO**
- **MÓDULO 3. VIOLENCIAS MACHISTAS**
- **MÓDULO 4. VIOLENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**
- **MÓDULO 5. GÉNERO Y MÁS ALLÁ**

FORMULARIO DE MATRÍCULA

https://cursos.sec.es/ICurso_Genero_Salud/matricula.php

INFORMACIÓN

Puede encontrar toda la información sobre este curso en:
<http://sec.es/area-de-formacion/cursos-y-masters/>

Curso CON Créditos de Formación Continuada: 250€

Email de contacto: cursos@sec.es

*DISPONIBLE EN LA PÁGINA WEB DE LA SEC: <https://sec.es/>



Jornada

La donación de sangre de cordón umbilical

Pasado, presente y futuro

27 de noviembre de 2025

De 11.00 a 17.30 h.

Palau Macaya de Barcelona

<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/10/Programa-Jornada-SCU.pdf>

<https://www.ont.es/informacion-a-los-profesionales-4/formacion-cursos-y-eventos-4-10/>.



I JORNADAS INTERNACIONALES INTERDISCIPLINARES: SALUD MENTAL, PERINATAL Y CRIANZA

3 DE NOVIEMBRE DE 2025, SALÓN DE ACTOS DEL EDIFICIO DE GESTIÓN,
UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (URJC) (ALCORCÓN)

PROGRAMA

9:15 INAUGURACIÓN DE LAS JORNADAS. *Vicerrector de Investigación, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y decana de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*

9:30 PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS. *Carlos Vara. Codirector del Master de Psicología General Sanitaria. Profesor Titular de URJC.*

9:45: PONENCIA INAUGURAL. LA PSICOLOGÍA DE LA MATERNIDAD EN EL SIGLO XXI: RETOS Y PERSPECTIVAS PARA EL BIENESTAR INTEGRAL. *Patricia Catalá. Prof. Titular de la URG.*

10:45: MESA REDONDA: SALUD MENTAL EN LA ETAPA PERINATAL: INVESTIGACIÓN Y EVIDENCIA. *Modera: Cecilia Peñacoba. Catedrática URJC.*

- **Transición Maternidad.** *Paula Vagos. Profesora Auxiliar de la Universidade de Aveiro.*
- **Parto Silenciado: Experiencias de Muerte Perinatal y Violencia Obstétrica.** *María Vega Sanz. Investigadora del Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia de Comillas.*
- **Cambios Cerebrales durante la Transición a la Maternidad.** *Cristina Ballesteros. Investigadora del grupo Neuromaternal. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón.*

ACOMPAÑANDO LA MATERNIDAD: EXPERIENCIAS PROFESIONALES Y PERSPECTIVAS DE APOYO.

Modera: Patricia Catalá. Profesora Titular de la URJC.

- **Autocuidado Materno en el Puerperio: una Mirada Clínica desde la Psicología Perinatal.** *Irene de La Cruz. Psicóloga Clínica Especialista en Salud Mental Perinatal.*
- **El Rol de la Matrona en la Maternidad.** *María Jesús Domínguez. Matrona Asistencial en el Centro de Salud Juan de Austria.*
- **Conciliación y Familias: Perspectivas desde la Psicología Clínica.** *Irene Alonso. Psicóloga Sanitaria. Directora de CIPREA INTEGRAL.*

11:45 Descanso . Pausa para café.

12:15: ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS EN LA CRIANZA: MIRADAS INTERDISCIPLINARES.

Modera: Carlos Vara. Codirector del Master de Psicología General Sanitaria.

- **Crianza y Género.** *Maria Pedroso. Profesora Contratado Doctor en la UDIMA.*
- **Variables Protectoras en la Relación Paterno-filial: Father Involvement.** *Tânia Brandão. Profesora Auxiliar en el Instituto de Psicología Aplicada (ISPA)*
- **Desafíos de la Crianza Temprana en Contextos Familiares Complejos.** *Leire Iriarte Elejalde. Profesora Contratado Doctor en la Universidad de Deusto.*
- **Abuelos y Crianza.** *Cristina Noriega García. Profesora Titular en la Universidad CEU*

13:30: CLAUSURA. CIERRE Y AGRADECIMIENTOS. *Carlos Vara*

INSCRIPCIONES: <https://forms.office.com/e/Gpj8jmGy8X?origin=QRCode>



**Hospital Universitario
Infanta Leonor**

Hospital Virgen
de la Torre

18 DE NOVIEMBRE 2025

**LUGAR: SALÓN DE ACTOS DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO
INFANTA LEONOR**

**ABRIENDO PUERTAS PARA EJERCER NUESTRAS
COMPETENCIAS. PASADO, PRESENTE Y FUTURO**

PROGRAMA

8:30-9h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

9-9:30h. ACTO INAUGURAL

Dra. Carmen Pantoja Zarza. *Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Leonor*

D. Daniel Cledera Asensio. *Director de Enfermería del Hospital Universitario Infanta Leonor*

Dña. Eva Martín Ramos. *Supervisora de Unidad de Parto del Hospital Universitario Infanta Leonor*

Dña. Elena Fernández Cano. *Gerente de Cuidados del Servicio Madrileño de Salud*

9:30-10:45h. PRIMERA MESA. TEMÁTICA RELACIONADA CON LA ACTIVIDAD REALIZADA EN LA UNIDAD, COMPETENCIAS DE MATRONAS

Moderadora: Cecilia Ontiveros. Matrona HUIL

“Optimizando la Urgencia obstétrica: El Papel autónomo de la Matrona en los Pródromos y Lactancia”. *Dña. Elisa Cruz Maroto. Matrona HUIL*

“Consulta de Bienestar emocional gestionada por matrona: mejorando la experiencia de la maternidad”. *Dña. Ana Isabel Navas Corral. Matrona HUIL*

“Monitorización basado en fisiopatología”. *Dña. Elisa María Sáez Cereza. FEA Obstetricia y Ginecología del HUIL.*

Coloquio

10:45-12h. SEGUNDA MESA. TEMÁTICA RELACIONADA CON PROYECTOS EN PROCESO

Moderadora: Dña. Marta Triguero Gil. Matrona HUIL

“Proyecto programa de educación en salud en gestantes con obesidad”. Dña. Virginia Santos Melero. Matrona HUIL

“Mejorando resultados obstétricos mediante la simulación”. Dña. Ester Sadornil Vicario. Matrona HUIL

“Estudio de investigación: Influencia de la ambientación visual con paisajes en la experiencia subjetiva del parto”. Dña. Cecilia Ontiveros Martín. Matrona HUIL

Coloquio

12:30-14:00h. TERCERA MESA. TEMÁTICA RELACIONADA CON PROYECTOS DE FUTURO

Moderadora: Dña. Carmen M^a Rodríguez del Olmo. Matrona HUIL

Plan de Formación Teórica Residentes de Matrona desde la Consejería de Sanidad de la CM” .

Dña. Ana Isabel Saavedra. Unidad técnica de Formación de Grado y Formación Sanitaria Especializada de la Consejería de Sanidad

“De las maniobras de Leopold a la ecografía intraparto: matronas promoviendo el cambio” .

Dña. Raquel Miguel Muñoz. Matrona SESCOAM

“Competencias comprobadas, competencias anheladas: Matrona en hospitalización”.

Dña. Marta Triguero Gil. Matrona HUIL

“Visita domiciliaria puerperal tras alta precoz: Hospital Universitario La Paz”.

Dña. Estela Guerrero Rocha. Matrona del HU La Paz

Coloquio

14:00-14:30h. CONFERENCIA DE CLAUSURA: MESA DE DEBATE. FUTURO DE LA PROFESIÓN

Moderador: Dña. Eva Martín Ramos. Matrona. Supervisora de Unidad de Paritorio del HUIL

Dña. Cristina González Hernández. Matrona del HU 12 de Octubre. Presidenta de AMM

Dña. M^a Dolores Ruiz Berdún. Matrona. Catedrática de la Universidad pública de Alcalá de Henares

ACTO DE CLAUSURA

D. Daniel Cledera Asensio. Director de Enfermería del HUIL

Dña. Eva Martín Ramos. Supervisora de Unidad de Paritorio del HUIL

FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN: 14 DE NOVIEMBRE 2025

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=4BIUKA4vK06HkB4dROoKgCpQfJda-xlLj2u_gT2MPT1UNTZaQUprWEJCMzVZQlhDVUdFREDYUFNXQSQIQCNjPTEu&origin=QRCode





I Jornada de
**GENÓMICA
PERINATAL Y
REPRODUCTIVA**
14 noviembre 2025



Barcelona

aeoP    



I Jornada de Genómica Perinatal y Reproductiva

 17 14 de noviembre de 2025

 Hospital Universitari Vall d'Hebron – Barcelona

 Una jornada única para impulsar la genómica en salud reproductiva



Comunicaciones

 Consulta la **NORMATIVA**

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

aplicada

I Jornada de
**GENÓMICA
PERINATAL Y
REPRODUCTIVA**
14 noviembre 2025



Barcelona

Sede: Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona
Módulo de ACTOS Planta 1. Pabellón de los Congresos



ORGANIZA

aeoP     

SECRETARÍA TÉCNICA

SANICONGRESS®

 Entidad Acreditada con el sello Ético de Fenin

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

Organiza: aeoP    

Secretaría Técnica
SANICONGRESS®
Tel. +34 687 982 671
sanicongress@jornadagenomicaperinatal.com

jornadagenomicaperinatal.com

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



medela

Serie de simposios Internacionales de Lactancia Materna 2025 de Medela

Empoderando a los equipos de atención perinatal

EDICIÓN EUROPEA
Simposio en línea.
Jueves 13 de noviembre de 2025

Transmisión GRATUITA en directo con traducción

Turning Science Into Care

¡Regístrate ahora!
www.medela.com/europe-symposium

Simposio 2025 (Edición Europa) 13 - 14 de noviembre de 2025

La segunda edición europea de la Serie de Simposios de Lactancia Materna y Lactancia de Medela 2025, que tendrá lugar los días 13 y 14 de noviembre de 2025 y se celebrará como un evento híbrido con transmisión en vivo desde Lisboa, Portugal. Este evento es parte de la 17ª Serie Mundial de Simposios sobre Lactancia Materna y Lactancia de Medela, centrada en el avance de la ciencia de la lactancia para mejorar la atención.

El Simposio presenta una agenda científica de clase mundial de dos días para profesionales de la salud interesados en conocer la evidencia científica más reciente en el campo de la leche humana y la lactancia e intercambiar las mejores prácticas y estrategias para mejorar la forma en que los equipos perinatales trabajan juntos para garantizar la calidad de la atención de la lactancia y la alimentación infantil en Europa

INFORMACIÓN:

<https://www.medela.com/en/lactation-professionals/professional-education/events/symposium-advancing-lactation-science-to-improve-care/symposium-eu-2025>



“Un millón de Matronas más”

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

Las cuotas de inscripción incluyen:

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

La tarifa del acompañante incluye:

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

NO incluye la asistencia a ninguna de las conferencias

Política de cancelación:

Hasta el 31 de diciembre de 2025, se deducirá una tarifa administrativa de 50 EUR de todos los reembolsos.

Desde el 1 de enero de 2026 hasta el 10 de marzo de 2026, se aplicará una tarifa de cancelación del 50%.

Desde el 11 de marzo de 2026 hasta el 13 de abril de 2026, se aplicará una tarifa de cancelación del 70%.

A partir del 14 de abril de 2026 se aplicará el 100% de la tasa de cancelación.





“Un millón de Matronas más”

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

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

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

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

La historia detrás de la marca del Congreso

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

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

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

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

LA ENTREVISTA INFINITA

*Hay que promover la salud,
no prevenir la enfermedad*

XXVI Jornada Nacional
de actualización en
VACUNOLOGÍA E INMUNIZACIÓN

Organiza: Instituto Madrileño de Pediatría

Patrocinador: Pfizer, GSK, Seqirus, Sanofi, MSD, Takeda

Ciudad: Madrid. **EVENTO VIRTUAL**

Fechas : 6 noviembre 2025 - 7 noviembre 2025

Web : <https://www.luadirectos.com/XXVIjornadavacunologia/login.php>

En España, con una situación crítica respecto a las vacunas tanto en el público general como en los profesionales sanitarios, es necesario un paso hacia adelante en nuevas formas de asesoramiento y toma de decisiones. Debemos mantener la confianza y la adhesión de los ciudadanos para hacer realidad un programa exitoso de inmunización sin motivación política y con liderazgo firme y científico. La Medicina en general, y la Vacunología en particular, precisan de menos Tecnología y más "Tiernología": la ciencia del afecto para ofrecer al paciente el mejor diagnóstico o tratamiento en consulta, con evidencia científica y ejemplaridad profesional. Mantengamos esta credibilidad en las vacunas. Dejemos que los científicos hagan su trabajo para que las vacunas sigan siendo uno de los pilares de la medicina.

18 CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN

SEC

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CONTRACEPCIÓN



<https://congreso.sec.es/programa-cientifico/>

<https://congreso.sec.es/inscripciones/>

INTIBIOTICS[®] vaginal

Lactobacillus plantarum P 17630

NUEVO

**Probiótico vaginal
Medicamento**

**6 días
de tratamiento**

PVP IVA 19,78€

**Normaliza la
microbiota
alterada¹**

Intibiotics vaginal
100.000.000 UFC
por cápsula vaginal de 100 mg
de *Lactobacillus plantarum* P 17630

C.N. 360454

SEID LAB

Vagina
5 cápsulas vaginales

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

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales. <https://bit.ly/seidlab-intibiotics-vaginal>

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

SEID LAB

INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus
reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no
deseables?

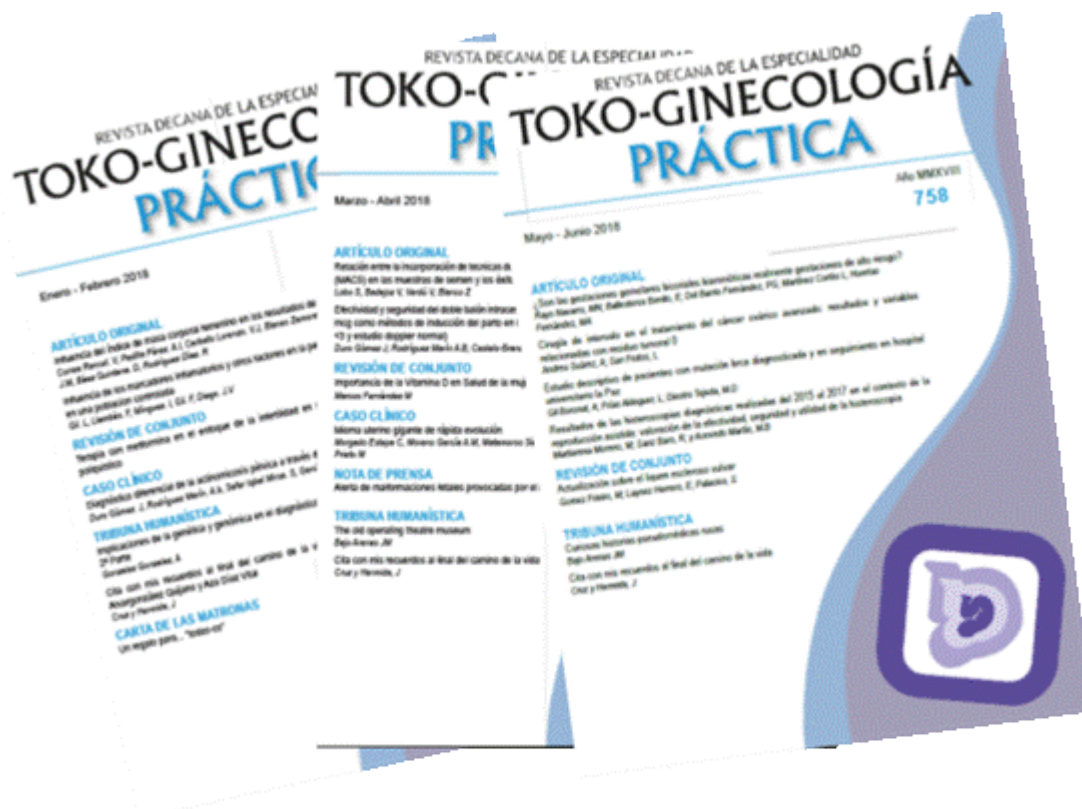
¿Tienes alguna noticia que quieras
compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana
relevante?

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



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

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

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

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



¡ÚLTIMO NÚMERO!
Descargar
www.aesmatronas.com

ACUERDO HISTORICO

Rosa M^a Plata, Gotzone Urteaga y M^a José CaravacaRosa M^a Plata, M^a Angeles R. Rozalen y M^a José Caravaca

El pasado lunes 15 de septiembre, la Asociación Española de Matronas (AEM) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) celebraron una reunión con el objetivo de firmar un acuerdo de colaboración mutua de cara a iniciar las gestiones en pro de una carrera universitaria independiente de enfermería (Título Matrona) y seguir avanzando juntas en la defensa y el fortalecimiento de la profesión.

Este compromiso compartido supone un paso importante para impulsar el desarrollo profesional, consolidar nuestros objetivos comunes y trabajar unidas por los derechos de las mujeres, las familias y la salud sexual y reproductiva en todas las etapas de la vida.

En la reunión estuvieron presentes, por parte de FAME, M^a José Caravaca, presidenta, y Gotzone Urteaga, tesorera; y por parte de la AEM, Rosa María Plata, presidenta, y M^a Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta emérita y vocal de relaciones institucionales de la AEM.

Desde AEM Y FAME celebran este acuerdo que refuerza la unión entre asociaciones y abre nuevas oportunidades para seguir defendiendo a las matronas y su papel esencial en la sociedad, con más fuerza que nunca.

Redacción



Día Mundial de la Anticoncepción 2025



MANIFIESTO

LA JUSTICIA REPRODUCTIVA ES SALUD, DIGNIDAD Y PODER PARA DECIDIR.

Todas las personas deben tener el derecho y la capacidad de tomar decisiones libres y seguras sobre su reproducción. Esto incluye acceder a servicios de salud reproductiva, como anticonceptivos, atención durante el embarazo y el parto, así como el derecho a decidir si quieren tener descendencia, cuándo y su número. Además, la Justicia Reproductiva, busca eliminar las desigualdades y barreras que puedan impedir que las personas ejerzan estos derechos, promoviendo una sociedad más equitativa y respetuosa con las decisiones individuales.

La Justicia Reproductiva está estrechamente relacionada con otros derechos fundamentales, ya que forma parte de un conjunto de derechos humanos que buscan garantizar la dignidad, la igualdad y la libertad de las personas. Por ejemplo:

- 1. Derecho a la salud:** La Justicia Reproductiva implica acceso a servicios de salud adecuados, gratuitos, y seguros para acceder a técnicas de reproducción asistida en caso necesario, embarazo, parto y puerperio, así como para la interrupción voluntaria del embarazo si esa es la opción elegida.
- 2. Derecho a la igualdad y no discriminación:** Que busca eliminar las barreras y discriminaciones basadas en género, raza, orientación sexual o condición socioeconómica que puedan limitar el ejercicio de derechos reproductivos.
- 3. Derecho a la autonomía y a la toma de decisiones:** Reconoce que cada persona debe tener la libertad de decidir sobre su cuerpo y su vida reproductiva sin presiones o restricciones externas.
- 4. Derecho a la educación:** La información y la educación sexual son esenciales para que las personas puedan tomar decisiones informadas en cada etapa de su vida, así como para establecer su plan reproductivo.

5. Derecho a la privacidad: Resguarda la confidencialidad y la libertad de decidir.

La Justicia Reproductiva no funciona aisladamente, sino que está vinculada a un marco más amplio de derechos que buscan promover la igualdad, la libertad y la dignidad de todas las personas.

Debemos entender la Justicia Reproductiva desde una perspectiva interseccional. Esta es una forma de entender cómo diferentes aspectos de la identidad y las circunstancias de una persona —como su género, raza, clase social, orientación sexual, discapacidad, entre otras— se cruzan y afectan a su experiencia y a su acceso a los derechos reproductivos. Desde esta perspectiva, se reconoce que no todas las personas enfrentan las mismas barreras o desigualdades, y que estas experiencias están interconectadas.

Por ejemplo, una mujer inmigrante o de bajos recursos, puede enfrentar obstáculos diferentes y más complejos para acceder a servicios de salud reproductiva que alguien en otra situación. La perspectiva interseccional busca entender y abordar esas múltiples capas de desigualdad para promover una Justicia Reproductiva más inclusiva y equitativa para todas las personas.

En resumen, la Justicia Reproductiva combina diferentes dimensiones de identidad y situación para analizar cómo se viven y enfrentan las desigualdades en derechos reproductivos, promoviendo soluciones que integren esas múltiples realidades.

Desde la SEC y la FEC estamos decididos a promover a través de nuestras actividades de formación y participación de los y las profesionales vinculados a la Salud Sexual y Reproductiva, respuestas que favorezcan la JUSTICIA REPRODUCTIVA en nuestro país.

Fundación Española de Contracepción

Septiembre de 2025



**Día Mundial de
la Anticoncepción
2025**





INVITACIÓN PARA GESTANTES

Equipo de Investigación de Alto Rendimiento
MdMadre, Universidad Rey Juan Carlos (URJC)

ÚNETE AL PROGRAMA GRATUITO

*Transición hacia la maternidad desde su
integración en la identidad como mujer*

ESTRATEGIA Y HERRAMIENTAS PARA LA PROMOCIÓN
DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Ofrecer a mujeres embarazadas herramientas psicológicas, emocionales y cognitivas que promuevan una vivencia saludable, consciente y plena de la maternidad.

CONTENIDOS Y ESTRATEGIAS



- Integración de la identidad como mujer y futura madre
- Regulación emocional y estrategias de afrontamiento
- Gestión del cambio y adaptación al embarazo
- Fortalecimiento de la autoestima y la autoconfianza
- Vínculo prenatal y conexión emocional con el bebé
- Comunicación con la pareja y la red de apoyo
- Preparación cognitiva y emocional para el parto y el posparto

Dirigido a :

Mujeres embarazadas que, en el momento de la inscripción, se encuentren entre las 12 y 20 semanas (incluidas) de gestación.

Duración e información general

- **Duración:** de enero a junio de 2026
- **Total:** 12 sesiones (una cada 15 días)
- **Duración:** 1 h 30 min / sesión
- **Modalidades:**
 - Presencial (Alcorcón)
 - Online (Microsoft Teams)
- **Coste:** gratuito



 **Inscripción**

<https://forms.office.com/e/af7vvFt4sb>

Plazo: 1 al 30 de noviembre 2025

PARA CUALQUIER DUDA:
patricia.catala@urjc.es

**ROGAMOS A LAS MATRONAS QUE
CURSEN ESTA INVITACIÓN A LAS
GESTANTES**

LAS MATRONAS LOGRAN UN HITO HISTÓRICO: SANITAT SE COMPROMETE A CONVERTIR LAS PLAZAS DE ENFERMERÍA GENERALISTA EN PLAZAS DE MATRONAS



La Consellería reconoce la necesidad de ajustar las plantillas a la realidad asistencial en las unidades de salud sexual y reproductiva en maternidades.

La especialización de las matronas garantiza una atención más completa y segura para las mujeres. Por fin se reconoce la necesidad de corregir una incoherencia que durante años se ha mantenido en estas unidades, donde profesionales sin la formación especializada requerida han ocupado plazas que, por su naturaleza asistencial, correspondían a matronas.

Las matronas de la Comunitat Valenciana han alcanzado un hito profesional sin precedentes tras haber conseguido el compromiso de la Conselleria de Sanitat de iniciar la conversión progresiva de las actuales plazas de enfermería generalista, en las unidades de salud sexual y reproductiva y en las maternidades, en plazas destinadas específicamente a matronas (enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología).

Con este acuerdo, por fin se reconoce la necesidad de corregir la incoherencia que durante años se ha mantenido en estas unidades, donde profesionales sin la formación especializada requerida han ocupado plazas que, por su naturaleza asistencial, correspondían a matronas.

El colectivo de matronas ha explicado que esta medida supone un paso decisivo hacia la mejora de la atención sanitaria a las mujeres, ya que permitirá que las profesionales con la formación más adecuada sean quienes presten asistencia integral en materia de salud sexual, reproductiva y maternal.

Las matronas han subrayado que esta decisión ha sentado las bases para un cambio estructural que contribuirá a consolidar equipos multidisciplinares en los que la especialización y la experiencia profesional serán los pilares de la atención sanitaria.

Montserrat Angulo Perea, vocal matrona del Consejo General de Enfermería (CGE), vocal del Consejo de los Colegios de Enfermeras y Enfermeros de la Comunitat Valenciana (CECOVA) y Presidenta del Colegio de Enfermería de Alicante, ha señalado: “Hemos dado un paso muy importante para nuestra profesión y para la salud de las mujeres. Tras la reunión mantenida con responsables de la Conselleria de Sanitat, hemos conseguido el compromiso de avanzar en una línea que dignifica el ejercicio de la matrona y garantiza una atención de mejor calidad ”.

Por su parte, María Asunción Obiol Saiz, secretaria de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), ha manifestado que ese acuerdo “ha puesto de relieve el valor añadido que aportamos las matronas al sistema sanitario. Nuestra formación nos capacita para atender a las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva, desde la adolescencia hasta la menopausia, con una visión integral y preventiva”.

M. Pilar González Núñez, presidenta de la Associació de Comares de la Comunitat Valenciana, ha destacado que Sanitat “ ha escuchado una demanda histórica. Durante años hemos reclamado que los puestos en las unidades de salud sexual y reproductiva estén ocupados por especialistas, y hoy hemos visto cómo ese reconocimiento se ha hecho realidad. Este compromiso ha sido una muestra de sensibilidad y respeto hacia nuestra profesión”.

Así mismo, Isabel Baño Piñero, matrona del Departamento de Salud de Torrevieja, ha afirmado haber percibido “una gran receptividad por parte de los responsables de la Consellería. Este acuerdo ha abierto una vía de colaboración que permitirá mejorar la calidad asistencial y fortalecer el papel de las matronas dentro del sistema sanitario valenciano”.

Las representantes de las matronas han expresado al unísono su agradecimiento a las autoridades de la Conselleria por la disposición mostrada durante el encuentro. “Estamos profundamente agradecidas a las personas que nos han recibido hoy por su escucha y sensibilidad hacia una demanda justa y necesaria. Este encuentro ha marcado un éxito histórico para nuestra profesión y para la salud sexual, reproductiva y perinatal en la Comunitat Valenciana” han señalado.

Las matronas han destacado que este compromiso ha fortalecido el reconocimiento social y profesional de su especialidad. “ Hemos conseguido que se reconozca nuestro papel esencial en la salud de las mujeres. Este paso ha sido solo el inicio de un camino hacia la excelencia en la atención materno-infantil y reproductiva”, han insistido.

El acuerdo ha sido posible gracias a la reunión entre las representantes del colectivo de matronas- Montserrat Angulo, María Asunción Obiol Saiz, M. Pilar González Núñez e Isabel Baño Piñero- y responsables de la Conselleria de Sanitat, entre ellos Ángela Garrido Bartolomé, jefa de Servicio de Desarrollo de Competencias de Enfermería Comunitaria, Hospitalaria y Unidades de Apoyo; Silvia Gimeno San Bartolomé, jefa de Servicio de Ordenación Profesional, Plantillas y Registro; Félix Alvarruiz Bermejo, subdirector general de Recursos Humanos; y Enrique Soler Bahilo, subdirector general de Atención Primaria.

Desde el CECOVA se valora muy positivamente este avance, ya que representa un ejemplo de diálogo entre los profesionales y la Administración. “ Se ha demostrado que, cuando hay voluntad y compromiso, se puede avanzar hacia un sistema sanitario más coherente y eficiente” ha afirmado el presidente del CECOVA, Juan José Tirado.

Fuente:CECOVA

LA COMUNIDAD DE MADRID DESPLIEGA “TARDE JOVEN”, CON CONSULTAS E INFORMACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD



El acceso es gratuito y confidencial y los interesados pueden acudir a cualquiera de los dispositivos, independientemente de su lugar de residencia. Las consultas de **Tarde Joven** reforzarán la oferta asistencial de los centros de salud, facilitando el acceso a este tramo de edad (14 a 25 años), y atenderán sus demandas de forma ágil y efectiva.

En esta primera fase se activan siete centros de salud con Matronas, especialista en Ginecología y Obstetricia, (uno por cada Dirección Asistencial). Cuatro de ellos en Madrid capital: el Centro de **Salud Doctor Castroviejo**, cada martes; así como **Espronceda** y **Las Cortes**, en el distrito Centro. En **Moratalaz** serán los jueves en **Torito**. El turno de Fuenlabrada será los lunes, en **Panaderas**, los miércoles en el **Puerta de Madrid de Alcalá de Henares**, y los viernes Leganés, en **Huerta de los Frailes**.

Con **Tarde Joven**, los adolescentes y jóvenes de la región recibirán información basada en el rigor científico y de primera mano por parte de una profesional sanitaria en asuntos relacionados con la salud reproductiva y sexual, con el objetivo de reducir al mínimo las conductas sexuales de riesgo y el número de embarazos no deseados, así como infecciones de transmisión sexual. Durante estas consultas, también se pueden identificar de forma precoz casos de violencia hacia la mujer y relaciones afectivas disfuncionales.

Las matronas informarán sobre métodos anticonceptivos y podrán asesorar sobre el uso seguro de redes sociales, además de concienciar de otros peligros como los que supone el consumo de pornografía o contenidos sexuales a través de internet.

Si fuera necesario, se podrá realizar una exploración o algún otro tipo de prueba, así como la derivación a más profesionales (pediatra, médico de familia, enfermera, o trabajador social) en caso de que fuera necesario, garantizando que el joven recibe la atención precisa de forma continuada.

Tarde Joven se convierte así en un punto de referencia en un contexto marcado por la circulación de falsos mitos y desinformación sobre estos temas a través de las redes sociales, donde proliferan publicaciones sin fundamento médico o científico alguno, contenidos sensacionalistas y estereotipos y juicios de valor que pueden generar confusión o inseguridad, especialmente durante esta etapa de la vida.

Fuente: Comunidad de Madrid

Comentario:

En teoría, para implementar este programa, se han contratado 18 matronas, aunque no es seguro que se dediquen solo a esta actividad. Ya están sus Agendas bastante cargadas.

Por otra parte, no ha sido comunicado adecuadamente y, mucho menos si tendrá algún incentivo al tratarse de usuarias/os que no siempre pertenecerán a la población que tiene asignada. Y por ultimo, no habría estado mal la realización de un curso previo de actualización para las profesionales que ejecutan el programa **Tarde Joven**.

Redacción.

MÁS MADRID BUSCA REFORZAR EL PAPEL DE LAS MATRONAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA



La PNL (Proposición no de ley) registrada en la Asamblea de Madrid está compuesta por 15 medidas que pretenden incrementar la estabilidad de la profesión, reforzar su papel en el acompañamiento de las mujeres y mejorar los protocolos sobre anticoncepción, posparto y riesgos del embarazo.

Esta proposición no de ley, tiene por objetivo mejorar la situación de las matronas en la Atención Pública con el incremento la estabilidad de la profesión y el refuerzo de su papel en el sistema público de salud. A través de 15 medidas, la formación trata de mejorar las condiciones de las matronas para que **“todas las mujeres que viven en Madrid tengan acceso a una atención integral, cercana y continua a la salud sexual y reproductiva en todas las etapas de su vida”**.

Según la iniciativa, las matronas de la Comunidad sufren de una fuerte inestabilidad contractual, temporalidad, frecuentes rotaciones, distribución desigual por los centros de salud y falta de reconocimiento, lo que dificulta un seguimiento asistencial y una planificación a medio y largo plazo. Muchas de las matronas que se forman en el sistema público madrileño acaban abandonándolo por falta de oportunidades, lo que compromete la reposición futura de profesionales.

La propuesta contempla la implantación de criterios homogéneos que permitan a las matronas ejercer con autonomía en todos los niveles asistenciales, eliminando las diferencias actuales entre centros en cuanto a competencias clínicas, acceso a pruebas diagnósticas o capacidad de prescripción durante el embarazo.

El grupo político plantea también el diseño de un plan estratégico de recursos humanos centrado en la retención del talento recién formado, en la previsión de jubilaciones y en la mejora de las condiciones laborales mediante estabilidad contractual y medidas de conciliación familiar.

En el ámbito formativo, la proposición incluye la creación de itinerarios de actualización competencial para prevenir el desgaste profesional y mejorar la calidad asistencial, especialmente en áreas de alta intensidad. A nivel organizativo, se propone sustituir los contratos de un solo día en Atención Primaria por contratos de acumulación de tareas, priorizando los centros que carecen de matrona estructural y corrigiendo así la distribución desigual de los recursos humanos.

También reclaman un análisis riguroso de las demoras en las agendas de matronas y su relación con la alta rotación, así como la revisión del Contrato Programa para evitar que se penalice el uso de citas forzadas cuando estas derivan de necesidades clínicas no programables.

Así mismo en esta PNL se recoge la exigencia de implementar de forma efectiva el documento de consenso sobre anticoncepción mediante una guía clínica común, recursos específicos y tiempo garantizado en agenda. Además, se plantea protocolizar la atención al posparto inmediato durante los primeros quince días, asegurar la puesta en marcha del programa de atención joven sin cita previa en salud sexual y garantizar la implantación homogénea del programa Cervicam con toma de muestra en medio líquido y sin desviar personal de otras áreas críticas como el posparto, la menopausia o el suelo pélvico.

La formación plantea también la necesidad de revisar el sistema de incentivos por Tarjeta Sanitaria Individual para corregir desigualdades salariales entre matronas y otros profesionales y evitar que el sistema actual desincentive la atención en zonas más complejas. Se propone reforzar el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo en el ámbito comunitario, evitando que funciones que pueden ser asumidas por matronas se concentren innecesariamente en el entorno hospitalario.

Fuente: el Diario.es

Comentario:

La idea es buena pero la cuestión de materializarla es otra cosa.

Hay 4 verdades a tener en cuenta:

- 1.-Las matronas queremos desarrollar todas nuestras competencias.
- 2.-Las matronas empatizamos, absolutamente, con la salud integral de las mujeres, sus hijos y las familias.
- 3.-Las matronas **NO** nos sentamos en las **mesas negociadoras** y son **otros** (como si fuéramos menores) los que negocian nuestros asuntos.
- 4.-Implementar la idea tiene un costo directo en RRHH (matronas) que esperamos se regule, directamente con ratios racionales y retribución adecuada, en la mencionada PNL.

Redacción.

LA INVISIBILIDAD DEL TRABAJO DE LAS MATRONAS: UN PROBLEMA QUE DEBEMOS ABORDAR.



M. Carmen Torreblanca Calancha

Después de 45 años de ejercicio profesional como matrona, siento la necesidad y el deber de compartir una vivencia que, lejos de ser personal, refleja una realidad que muchas profesionales podrían enfrentar.

He dedicado mi vida a esta profesión con responsabilidad, entrega y pasión. He luchado incansablemente por mantener actualizado nuestro servicio, adaptándolo a los cambios, a las necesidades de las mujeres y a los avances científicos. Desde 2005 he tenido el honor de coordinar la Unidad Docente de Matronas (UDM), un espacio que considero esencial para la formación y el futuro de nuestra profesión.

Hoy, sin embargo, me encuentro con una negativa por parte de INGESA a reengancharme, a pesar de cumplir con los requisitos establecidos. Esta decisión no solo me afecta a nivel personal, sino que representa un agravio comparativo respecto a otros colectivos del mismo hospital que sí han podido continuar su labor en condiciones similares.

No busco privilegios. Solo justicia. Solo el reconocimiento de una trayectoria construida con esfuerzo, compromiso y vocación. No se trata de una reivindicación individual, sino de una reflexión colectiva sobre cómo se infravalora o se invisibiliza el trabajo de quienes hemos sostenido durante décadas los pilares de la atención sanitaria.

La experiencia no debería ser descartada. La vocación no debería ser ignorada y el respeto profesional debería ser un principio y no una excepción.

Con esta publicación, deseo abrir un espacio de diálogo, de conciencia y de reparación. Porque las matronas no solo acompañamos nacimientos también merecemos ser acompañadas en el cierre digno de nuestra trayectoria profesional.

M. Carmen Torreblanca Calancha
Matrona. Coordinadora UDM
Melilla

EL ETERNO NINGUNEO A LAS MATRONAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID



Carta al Director General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales

Nos dirigimos a usted una vez más, en representación de las Matronas del SERMAS desde la Comisión N.º 2 de la Asociación Española de Matronas para manifestarles nuestra queja por la demora del cumplimiento de los acuerdos sindicales pactados en las mesas sectoriales en relación con las Matronas.

La Consejería de Sanidad de Madrid, en el BOCM el jueves 10 de abril de 2025 presentó la oferta de empleo público detallaba (Nuevo Ingreso) para el grupo 5.- Personal estatutario de Instituciones Sanitarias. 24 plazas de Matrona y para el grupo 7.- Personal laboral del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 6 plazas más de esta categoría; en el anexo III (Tasa específica) para el 1.- Personal estatutario de Instituciones Sanitarias determinaron 127 plazas de Matrona.

El compromiso de la Consejería de Sanidad, como hemos leído en noticias facilitadas por los sindicatos sobre el seguimiento de la resolución de este Decreto sobre la Oferta de Empleo Público de la Comunidad de Madrid para el año 2025, era que esas plazas de Matrona fueran ofertadas mediante una OPE antes del verano, después tras el verano, aunque parece que esto ha sido un "papel mojado" a la vista de que esa convocatoria no se ha producido llegados estos plazos estimados.

Los sindicatos han informado en un primer momento, que la convocatoria se pospondría a final de año, y la más reciente información, es que esta se demorará hasta la resolución de otros procesos selectivos en curso...

Fijándonos en el Proceso Selectivo para la categoría de Enfermería 2025, cuya dotación es de 3369 plazas (Turno libre: 3133 y Cupo discapacidad: 236), nos sorprende la celeridad con que han actuado en este caso: ya cerrado el plazo de inscripción (01/08/2025-1/11/2025) y fijada la prueba de acceso para el primer trimestre de 2026, aplazando la OPE de Matronas con **SÓLO** 127+24 plazas, con la poco ocurrente excusa, tanto que no engaña ni a un párvulo, de que no tienen personal para baremar...

¿Cómo es posible que puedan abordar la tarea ingente de baremar a categorías mayoritarias y no a las Matronas?

¿Por qué no empezar por las categorías minoritarias como Matronas, incluso tan o más necesarias que otras dado el descubierto estructural actual?

A las Matronas ya nos discriminaron con la creación de una bolsa de empleo única y, ahora, con la OPE, sin contar con tantos abusos, arbitrariedades e injusticias que vienen cargando a nuestra especialidad, hartamente demostrada necesaria en la asistencia sanitaria y no sustituible por otros profesionales de la salud, salvo que la propia Administración Sanitaria, incurra en intrusismo profesional y falle a las mujeres, poniéndolas en riesgo por la falta de atención oportuna y especializada, como de hecho, está pasando.

Las Matronas del SERMAS estamos hartas de estos agravios comparativos por parte de la Adminis-

tracción constantemente y nos vemos desbordadas por las mujeres que demandan una atención sanitaria de calidad.

En el gremio de Matronas reina una precariedad laboral extraordinaria: contratos temporales y de corta duración, falta de plazas estructurales, una ratio muy baja de profesionales por habitante, de las más bajas de Europa, turnos de trabajo inestables, una carga laboral excesiva.....

Si observan el baremo de la bolsa, verán que hay bastantes profesionales con más de 12 años de servicios prestados junto con una valoración máxima puntuable por la totalidad de los apartados de formación, docencia y actividades científicas y de difusión del conocimiento que, no han conseguido plaza todavía. Valga como ejemplo concreto en la OPE de 2022, la Matrona más joven que logró plaza tenía 43 años y más de 12 años de experiencia.

Usted y su departamento, aparentemente ya conocen o debieran conocer, los numerosos problemas dentro del grupo de las Matronas, al menos no han faltado lícitas reclamaciones por nuestra parte al respecto, lo mismo que de otras instituciones y particulares.

Este Decreto trata de implementar medidas urgentes para la reducción de la temporalidad pública que, implica precariedad laboral, problema tan grave y que tan fuerte golpea a la especialidad de Matrona.

Con la responsabilidad de representar una Administración Sanitaria, llevan años sin atajar este problema y es obvio, que las interinidades están estrechamente relacionadas con la precariedad laboral: los empleados públicos interinos sufren inseguridad y falta de estabilidad que se ven agravadas por el abuso de la contratación temporal en el sector público, situación que no se ajusta al derecho de la Unión Europea como ha denunciado su alto Tribunal.

Esta insostenible situación hace que muchas matronas abandonen el ejercicio de la especialidad de Matrona tan precaria de efectivos, y se están volviendo a ejercer Enfermería Generalista en AP, debido a que, de forma injusta e inaudita, el salario es mayor para una enfermera sin especialidad que para las Matronas con dos años de formación especialista y además, les ofrecen mucha más estabilidad laboral; otras abandonan la CAM, consiguiendo mejores contratos en otras CC.AA., incluso las hay que han renunciado definitivamente a la profesión... lo cual no es bueno ni para el colectivo de Matronas, ni para las Enfermeras y mucho menos para la Consejería de Sanidad que debe cubrir estos puestos para ofertar una atención de calidad a las mujeres.

Por otra parte, es más que punible si hubieran de rendir cuentas las CC.AA. la pérdida de estos profesionales formados a expensas del erario público de la comunidad sin obtener, por su mala gestión, el beneficio de retorno con una cobertura asistencial demostradamente necesaria, para solucionar las acuciantes necesidades de atención de la población femenina.

Consideramos que es primordial que la Consejería se centre en este problema y de soluciones reales cuánto antes por lo que

Exigimos:

1. Un baremo definitivamente justo y lógico y no como el aplicado en la OPE de 2024 cuya escala de puntuación no valoró en absoluto con precisión y equidad el mérito, véase la puntuación que se otorgó a cursos de corta duración de 30 horas equiparándolos a los de cursos de experto universitario cuya carga lectiva mínima es de 250 horas.
2. Que se acelere este proceso selectivo y se oferte el mayor número de plazas posibles, incluyendo la tasa de reposición 2025, la situación estructural de las Matronas no puede sufrir mayores demoras porque además afecta a la asistencia a las mujeres de la Comunidad de Madrid.

3. Que todas las plazas estimadas y presupuestadas salgan de inmediato en esta OPE para paliar, aunque solo en parte, la carencia crónica de Matronas. La ratio de las matronas en Madrid es sumamente crítica, muy por debajo de lo exigible para una atención sexual y reproductiva a las mujeres madrileñas, oportuna y de calidad.

Las Matronas en general, hemos sido receptivas y hemos mostrado nuestra disposición a la implementación de nuevos programas de salud de nuestra competencia como el último, "Tarde Joven", pero las fuerzas y disposición, se están perdiendo en justa respuesta al maltrato institucional que desde hace muchos años venimos sufriendo por parte de la Administración Sanitaria.

Es hora de reconocer nuestros méritos, nuestra labor irremplazable y de no engañar a las mujeres "con falsas expectativas o sucedáneos", porque los resultados ya sabemos cuáles son y muchos, no se pueden enmendar.

Solicitamos una reunión presencial o telemática, con la Administración de RR.HH. del SERMAS para tratar estos temas a fin de encontrar una vía razonable y urgente, para intentar solucionar este acuciante problema de la empleabilidad de Matronas y la cobertura asistencial de las mujeres de la Comunidad.

Gracias por su atención, reciban un cordial saludo. Quedamos a la espera de su respuesta.

Comisión N.º 2 de la Asociación Española de Matronas

LA MATRONA DE AUSCHWITZ

Marzo 2023. Anna Stuart

En Diciembre de 2018 incluimos en esta sección la indicación sobre un libro sobre este mismo tema "The Midwife" y el informe redactado por Stanislaw Leszczynski, conocida como la matrona de Auswichtz, documento originalmente hecho público el 2 de marzo de 1957 durante un aniversario de matronas polacas celebrado en el departamento de salud del distrito de Bałuty de la ciudad de Łódz. Lo pueden encontrar en el siguiente link:

<https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2018/12/INFODICIEMBRE-2018.pdf>

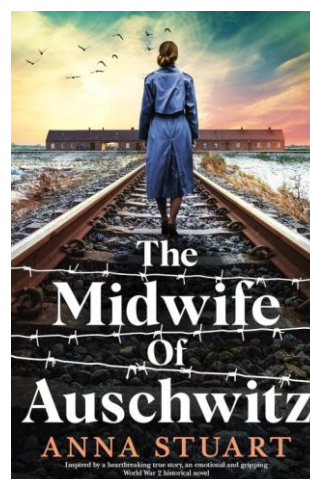
Este libro, está inspirado como el anterior, en una desgarradora historia real, una emotiva. Stanislaw, protagonista de esta historia, nace en Polonia de un matrimonio católico y contrae matrimonio a sus 20 años con Bronislaw Lezcynski con quien tuvo 4 hijos. Ella ejercía como matrona en uno de los hospitales de su ciudad. Tras la invasión de Polonia por Alemania, Stanislaw y su esposo ayudaron a los judíos con alimentos y documentos falsos hasta que fueron descubiertos por la Gestapo.

Bronislaw llegó a escapar, no así Stanislaw y sus hijos quienes fueron separados y enviados a diferentes campos de concentración.

Cuando Stanislaw llegó a Auschwitz las mujeres embarazadas eran asesinadas tras dar a luz. Si sus bebés eran de apariencia aria eran enviados a orfanatos alemanes y los que no, ahogados en barriles en el campo.

A Stanislaw se le encargó la tarea de ejercer como matrona. Organizó un grupo de nodrizas para que pudieran amantar a los recién nacidos a los que tatuaba en su pequeño brazo con la esperanza de algún día tras la guerra, pudieran reunirse con sus madres biológicas...

Auschwitz, 1943: Mientras sostenía a la pequeña bebé en mis brazos, mis dedos trazaron el tatuaje negro grabado en su pequeño muslo. Y recé para que un día este conjunto de números, idénticos a los de su madre, tuvieran el poder de reunir a una familia destrozada por la guerra... Inspirada en una increíble historia real, esta conmovedora novela cuenta la lucha de una mujer por el amor, la vida y la esperanza duran-



te un tiempo de oscuridad inimaginable.

Ana Kaminski es empujada a través de las puertas de hierro de Auschwitz junto a su asustada joven amiga Ester Pasternak. Cuando llegan al frente de la fila, Ana da un paso al frente y silenciosamente se declara matrona y Ester su asistente. Sus brazos son tatuados y se les ordena ir a la cabaña de maternidad.

Sosteniendo a un inocente bebé recién nacido, Ana sabe que el destino de tantos está en sus manos y jura hacer todo lo posible para salvarlos. Cuando dos guardias con sus escalofriantes uniformes de las SS entran y arrebatan a un bebé rubio de su madre, es casi demasiado para Ana. Consolando a la angustiada mujer, Ana se da cuenta de que en medio del terrible dolor hay un rayo de esperanza. Los guardias están tomando a los bebés más sanos y colocándolos con familias alemanas, para que sobrevivan. Y hay rumores de que la guerra casi ha terminado... Ana y Ester comienzan a tatuar en secreto a los pequeños con los números de su madre, rezando para que algún día puedan reunirse. Entonces, temprano una mañana, Ana nota el pequeño bulto debajo de la fina ropa a rayas de Ester...

Una novela de la Segunda Guerra Mundial absolutamente desgarradora y que atrapa sobre la valentía y la determinación de una mujer, matrona, para traer vida y esperanza a un mundo roto.

Esta historia se ha llevado al cine -THE ANGEL OF AUSCHWITZ.

Este libro sólo se comercializa en versión inglesa y francesa. Quienes deseen leerlo en español, la AEM puede facilitarles una traducción.



PARTEROS Y MATRONAS CÉLEBRES: SEMBLANZAS BIOGRÁFICAS POR G.J. WITOWSKI.1891 ("Matronas de tiempos modernos")

SARAH STONE, quien precedió a Nihell, variaba su opinión sobre los parteros según si la molestaban o no. Así comenzó, en 1702, en Bridgewater (Inglaterra). En este país, no había una partera en varios kilómetros a la redonda. Sarah, obligada a hacer sus visitas a caballo, piensa que *"las enfermedades de las mujeres embarazadas o son tarea de una partera, sino de un médico."*

Pero más tarde, en 1737, llegó a Londres, donde montar a caballo ya no era necesario, y escribió: *"No entiendo por qué las parteras no pueden terminar el parto que han comenzado sin llamar a hombres en su ayuda que se lleven los elogios, mientras que las primeras han tenido todo el trabajo."* En cuanto a los instrumentos obstétricos, los encontró inútiles; una simple navaja parecía suficiente.

Madame KENNON, partera de la reina Carolina, también participó en la cruzada contra los parteros. Dejó, a su muerte, 500 libras, o 12.500 francos, al Dr. Frank Nicholls como recompensa por haber escrito su *"Solicitud de niños en el vientre de sus madres"*, una sátira contra los parteros de la época, que se puede encontrar al final de este volumen.

Entre las parteras reales, también mencionaremos a Madame **DRAPER**, quien asistió a la Reina en el nacimiento de Jorge IV, mientras **Hunter** esperaba en una habitación contigua, y a Margaret Stephen, quien ayudó a dar a luz a la Reina Carlota en 1795. Su animosidad hacia los parteros era tan grande como la de sus colegas, pero a diferencia de otras damas de la profesión, reconoció la utilidad de los fórceps. Es autora de un panfleto titulado: Medios para prevenir accidentes durante el parto, para uso de personas del mundo.

En el siglo XIX, la hija de Madame **DUGÈS**,

MARIE-LOUISE LA CHAPELLE (1), cuyo esposo era cirujano en St. Louis, destacó en la vanguardia en el Hospicio de Maternidad, donde adquirió la reputación de una excelente maestra y una hábil operadora.

Siguiendo el ejemplo de su madre (2), rara vez usaba fórceps, pero si se veía obligada a hacerlo, se encargaba de mostrárselos a la mujer, de explicarle su uso, de demostrarle su necesidad y ventajas; así tranquilizaba a la paciente, que se abandonaba con confianza a su destreza. ¿Tan buena, tan gentil, tan compasiva como hábil? En todas partes la llamaban la buena Madame **LA CHAPELLE**. Su conversación estaba llena de encanto, no carente de originalidad. Así, cuando se le escapaba una de esas lágrimas tan comunes durante el parto, ante la desolación de los presentes, simplemente decía con una sonrisa: *"¡Buena ! ¡la próxima vez saldrá mejor!"*.

A los cincuenta y tres años, Madame **LA CHAPELLE** murió de cáncer de estómago en 1821; no dejó descendencia. Sin embargo, desde entonces han existido muchas Lachapelle, anunciando en las últimas páginas de los periódicos y en otros medios sus remedios infalibles para la esterilidad. Con Madame La Chapelle, no tienen nada en común salvo el nombre, un homónimo conveniente para engañar a los clientes crédulos. Sin embargo, debemos hacer una excepción en favor de Jeanne-Louise **LA CHAPELLE**, nacida en París en 1789.

He aquí el elogio que Delacoux le dedica: *«Su padre, Monsieur Lachapelle, hombre de letras y uno de los editores del Moniteur, educó personalmente a su hija.*

(1) Nacida en 1769, muerta en 1829.

(2) Durante la maestría de Madame Dugès, en el Hôtel-Dieu, se utilizaron fórceps una vez en 250 partos.

Madame Lachapelle, siendo aún muy joven, comenzó sus estudios y se decidió por la noble profesión de partera. Tras estudiar bajo los auspicios de Chaussier y Madame Lemâche, y obtuvo varios premios de estímulo en la Escuela de Medicina. Asistió a las clases de maternidad y perfeccionó sus habilidades con las lecciones de Madame La Chapelle.

La señorita Lachapelle, que no tenía nada en común con la ilustre maestra salvo el nombre, poseía todas las cualidades necesarias para la enseñanza, a la que sin duda se habría dedicado si no se hubiera entregado al entrenamiento de prácticas piadosas y caritativas. Esto fue una verdadera pérdida para el arte del parto, donde sus estudios y sus comienzos ofrecían las garantías del mayor éxito, cuando se dedicó, para siempre, bajo la regla de San Vicente de Paúl, al alivio y consuelo de los enfermos.

Víctima de la peste de 1832, la señorita Lachapelle dejó un nombre querido y preciosos recuerdos a sus compañeras caritativas, y eternos arrepentimientos a los venerables autores de su época.

MADAME LEMACHE, a quien acabamos de nombrar, fue nombrada en 1814 por el Archicanciller del Imperio para ocupar el puesto de partera jefa del Hospital de Maternidad de Florencia; pero los acontecimientos políticos le impidieron asumir su puesto. Como compensación, el gobierno austriaco le hizo brillantes ofertas; ella prefirió permanecer en Francia, con su hija, Madame **Choisy**, quien siguió la misma carrera y solo la abandonó tras la muerte de su madre en 1821.

Para sucederla en el Hospital de Maternidad, Madame La Chapelle había elegido a **MADELEINE-EDMÉE-CLÉMENTINE HUCHERARD**, **MADAME CHARRIER**, nacida en París en 1797.

MADAME CHARRIER solo la reemplazó en la sociedad; aunque había ocupado el puesto interino durante varios meses, la administración, tras la muerte de su patrona, la consideró demasiado joven para desempeñar funciones tan importantes.



FIG. 13. — Madeleine Charrier.

MADELAINE CHARRIER

MADELEINE-MARGUERITE LEGRAND, una practicante establecida en Versailles, fue la preferida. Tras la marcha de **Madame Legrand**, **MADAME THIBOU-MÉRY**, hermana del profesor Delpech, no dudó en abandonar la Maternidad de Toulouse, donde era la partera jefa, para venir a Versailles a recoger a los clientes de **Madame Legrand**. Entre las buenas estudiantes que esta última tuvo, mencionaremos a **Rose-Zoé Garnier**, nacida en 1806, quien tuvo el honor de ser elegida por la Facultad para ayudar, en Blaye, a la Duquesa de Berry (I), y a Madame **EUPHRASIE-AGLAÉ DESCHAMPS**, hija de un distinguido médico de Nevers, quien, después de dejar el Hospital de Maternidad, fue llamada a la administración de la casa de partos de Niort. Ella, a su vez, tuvo estudiantes de los cuales la Srta. Rosalie Nouhaud fue una de las más distinguidas.

MADAME MARIE-ANNE-VICTOIRE BOIVIN, nacida en 1773, fallecida en 1841, fue casi ilustre. Era doctora en medicina de la Universidad de Marburgo, condecorada con el Mérito Civil de Prusia, etc.; Incluso, por un momento, pudo aspirar a ser asociada a la Academia de Medicina de París; pero su candidatura fracasó.



FIG. 15. — M^{me} Boivin.

MADAME BOIVIN

MADAME BOIVIN vengó su vanidad herida con esta ingeniosa observación: *"¡Las parteras de la Academia no me han querido!"*.

La señora Boivin había compuesto un Memorial de partos (**Memorial de accouchements**).

Relata, respecto a este libro, que había comenzado, para su propia instrucción, una colección de láminas; un día, mientras trabajaba en ella, fue sorprendida por el famoso anatomista Chaussier (1). Él invitó a la Sra. Boivin a añadir las a su libro. Ella se negó por la misma razón que había impedido a Baudelocque añadir dibujos a su obra: el temor a subir el precio hasta el punto de ponerla fuera del alcance de quienes más la necesitaban. «*Dame*», dijo Chaussier, «*estos dibujos, los examinaré con tranquilidad*».

La Sra. Boivin le entregó su colección, y un año después recibió los grabados con el recibo del grabador y la apremiante invitación a publicarlos.

El éxito obtenido por su trabajo despertó los celos de la Sra. La Chapelle, directora de la Maternidad, quien destituyó a la Sra. Boivin del cargo. La corte rusa le ofreció una compensación honorable, que ella rechazó. Prefería la casa Dubois, donde se encargaba de los partos, a razón de 350 francos al mes.

Tras la muerte de Madame La Chapelle, no quiso sustituirla en la Maternidad; al parecer, se había comprometido, mientras su rival viviera, a no ocupar jamás su puesto.

Tras 35 años de servicio en la casa Dubois, obtuvo una modesta anualidad de 1600 francos, justo lo suficiente para no morir de hambre.

Una parálisis la obligó a abandonar su consulta, pero no pudo resistirse a la halagadora invitación de Dupuytren, quien la había elegido para asistir a su hija, la condesa de Beaumont. Este cirujano dijo de ella: *"¡Tiene un ojo en la punta del dedo!"*. Fue Madame Boivin quien diseñó la punta del espéculo, que permitía la introducción indolora de este instrumento. Estudió los dolores del parto en sí misma y sostuvo, con Asdrubali, Hay y Bilon, que su sede se encuentra en el cuello uterino mucho más que en el cuerpo de la matriz. Madame Boivin tuvo como amiga y colega a una Juana de Galileo bastante curiosa, Dame Wyttenbach, nacida en Hanau en 1773, más conocida como erudita que como partera. Juana se había casado con su tío, el anciano Daniel Wyttenbach, un erudito holandés, quien le transmitió su pasión por la antigüedad. Después de la muerte de Daniel, recibió su doctorado de la Universidad de Marburgo, luego vivió en París donde, habiéndose convertido en miembro de la Sociedad Helénica, publicó varias obras de erudición algo fantasiosa, Teágenes en el banquete de Leontes, La historia de Hermione, Alexis y los Simposios. Murió en Leiden en 1832.

Como una de sus últimas voluntades, le dio instrucciones al Sr. Hoffmann Perkamp, de Leiden, para que comunicara, en una nota en latín, los resultados de su autopsia a Madame Boivin, con quien estaba estrechamente asociada.

(1) El profesor Chaussier, médico jefe de la Maternidad, a menudo se valió de la buena disposición y el conocimiento lingüístico de su Estudiantes: MARIE-FRANÇOISE MUHRER, nacida en Estrasburgo en 1791, le proporcionó traducciones al alemán y, para los documentos en italiano e inglés, contactó con Mme Boivin, hija del cirujano Denans, nacida en 1792. Fue ella quien le tradujo los trabajos de Rewley sobre las enfermedades de la mama.

+ de 46 AÑOS + de 46 LOGROS



