

Info MATRONAS



MAYO 2026 N.º 96

BOLETIN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Un Millón Más de Matronas

#IDM2026
#OneMillionMore

¡Feliz 5-M 2026!

Presentación

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

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

infomatronas@gmail.com

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

Junta Ejecutiva de la Asociación Española de Matronas

Directora:

M.ª Ángeles Rodríguez Rozalén

Consejo editorial:

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

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

www.aesmatronas.com

En este número:

❑ ESPECIAL I:

- HIPENGLIOFOBIA O EL MIEDO A LA RESPONSABILIDAD

❑ ESPECIAL II:

- 5-M DIA INTERNACIONAL DE LAS MATRONAS

❑ HEMOS LEIDO:

- "SI YA NO EXISTEN LAS MATRONAS, ¿QUÉ HAREMOS?": EN AFGANISTÁN...
- MILES DE MATRONAS Y AUXILIARES DE MATERNIDAD FIRMAN UNA CARTA DIRIGIDA AL SECRETARIO DE SALUD

❑ MUY INTERESANTE:

- REFLEXIONANDO DE FORMA CRÍTICA SOBRE LAS ETIOLOGÍAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO
- "ANTIÉPILÉPTICOS Y EMBARAZO": NUEVA ALERTA SOBRE RIESGOS EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL
- EL CONGRESO ESBOZA UN CRIBADO NEONATAL MÁS AMPLIO, AUDITADO Y PRESUPUESTADO

❑ ENTREVISTA CON:

- SUSANA ABAJO LLAMAS

❑ TRABAJO

❑ BREVES:

- INNOVATION DAY
- 34 CONGRESO TRIENAL ICM. LISBOA 2026
- CONGRESO SEC. SEVILLA 2026
- TALLER DE SENSIBILIZACIÓN VIH
- 28 CONVOCATORIA PREMIOS INVESTIGACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
- CURSO PARTO EN EL AGUA JUNIO

❑ BUENAS NOTICIAS:

- MATRONAS INVESTIGADORAS PREMIADAS
- IV SEMINARIOS DE CINE, SALUD Y ÉTICA. CODEM
- X EDICIÓN DE SUS PREMIOS DE INVESTIGACIÓN. CODEM
- GRUPO DE APOYO DE LACTANCIA MATERNA
- HOMENAJE A LOS CUIDADOS: DOS MATRONAS QUE TEJEN RED EN INGENIO
- COMUNICADO DE LA CONFEDERACIÓN
- LAS MATRONAS DE SEVILLA ATIENDEN A 70 VÍCTIMAS DE MUTILACIÓN GENITAL EN EL ÚLTIMO AÑO

❑ MALAS NOTICIAS:

- FALLECE EL DR. CARLOS LÓPEZ RAMON Y CAJAL.
- MADRID EXPRIME A SUS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
- SATSE DENUNCIA LA FALTA DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE SANIDAD DE LAS FUNCIONES DE LAS MATRONAS
- EL PARLAMENT DE BALEARES TUMBA LA PROPUESTA DEL PSIB SOBRE MATRONAS

❑ RECOMENDACIONES:

- HOMO INDIGO. LA TRIBU DEL PARAÍSO

❑ MATRONAS CÉLEBRES

❑ AGENDA/CURSOS



HIPENGIOFOBIA O EL MIEDO A LA RESPONSABILIDAD

No sé si vosotras y vosotros os preguntáis qué está pasando en nuestro colectivo en las últimas generaciones de colegas, yo sí. Más allá de los ataques que constantemente recibimos de otros grupos profesionales sanitarios, por otro lado, nada nuevo para las que no en vano nos denominamos “guerreras”, que continuamente tenemos que defender nuestras competencias, demostrar nuestra valía y pelear por nuestros derechos. Parece que muchos nos quisieran calladitas y dedicadas únicamente a “ser parteras” y ayudantes de médicos. ¿Será que solo mostramos interés laboral por trabajar en los paritorios o por qué es una inmensa mayoría la que rehúsa desempeñar sus competencias en otras áreas o en otros ámbitos?.

Estamos, a mi parecer, ante nuevas generaciones que solo reconocen “sus” derechos, pero olvidan sus obligaciones, ambas caras de la misma moneda: ser profesionales.

Que hemos adquirido un alto nivel de competencias, en cuanto a conocimientos y técnicas es indudable y me atrevería a decir, incuestionable, pero creo que nos hemos perdido un poco en la teoría y nos hemos alejado de la práctica esencial de la matrona, la de acompañar procesos vitales en la vida de mujeres y sus familias.



Muchas compañeras entienden que el pelear es un hecho algo agresivo, y que solo corresponde como función a quienes nos representan en algunas organizaciones. Discrepo y voy a justificarme: creo que quienes nos representan solo son la voz del colectivo, no se representan a ellas mismas o ellos mismos, ni como personas ni como profesionales, sino como colectivo, como grupo, y el nuestro, por desgracia, lo siento muy dividido.

Por un lado, tenemos compañeras que defienden la profesión en el día a día, desarrollando las máximas competencias que una matrona tiene desde cualquier ámbito dónde trabaje y por otro lado, tenemos compañeras que sienten reticencias a salir de su espacio de confort, sea cual sea.

Está claro que para desempeñar funciones muy específicas no es suficiente tener el título que te capacita para desarrollarlas, sino que es necesario e imprescindible seguir formándose en esas áreas específicas para no cometer errores que justifiquen los reproches de otros colectivos.

Creo que sabéis a qué me refiero y pondré un ejemplo actual: no podemos realizar ecografías básicas solo por ser matronas y porque en nuestras competencias se nos reconozca este uso de una tecnología que mejore la atención en los embarazos, sino que debemos formarnos en profundidad para obtener no solo los conocimientos sino también las habilidades que nos capacitan para su correcto desempeño. Pero más allá de esta cuestión, muy importante por otra parte, tenemos una parte del colectivo que siente miedo a ampliar su espectro laboral, que siente miedo a asumir ciertas responsabilidades inherentes a la profesión como es la gestión. No estamos en muchos lugares (supervisión, coordinación, dirección) y me pregunto el por qué.





Asumir responsabilidades implica reconocer nuestros actos y sus consecuencias, tanto positivas como negativas, sin buscar excusas ni culpar a otros.

¿Creéis que si las matronas ocupásemos cargos de gestión en diferentes organismos e instituciones sanitarias cambiaría algo en nuestro colectivo?

Pues dicho todo lo anterior, hoy quiero abordar un tema que creo que muchas desconoceréis, la hipengiofobia o lo que es lo mismo, miedo a la responsabilidad.

MARCO CONCEPTUAL:

Como ya he adelantado, la **hipengiofobia** está definida como *“miedo irracional, persistente y desproporcionado a asumir responsabilidades, tareas o situaciones comprometidas”*. Su raíz etimológica proviene del griego *engys* (estrecho) y *phobos* (temor), sugiriendo una sensación de agobio. Dicho de otra manera, es un temor enfermizo a ser responsable de cosas, tareas o personas, incluso a imaginarse en tal situación. Provoca una reacción de huida, de evitación de cualquier compromiso que suponga responsabilidad, incluso aunque no haya peligro real.

Su origen no está del todo claro, pero se asocia a una alta autoexigencia, experiencias traumáticas ante expectativas no cumplidas o una baja autoestima. Importante no confundirla con la pereza o la desgana o la desidia, la hipengiofobia puede llegar a paralizar a quien la sufre, es una respuesta irracional e incontrolable que limita la vida personal, laboral o social por *“miedo a no estar a la altura”*. Quienes la padecen suelen evitar compromisos, laboral o personalmente, por temor al fracaso, al juicio ajeno o a la pérdida de control.

Sus síntomas pueden ir desde la ansiedad, síntomas físicos como náuseas hasta la paralización u otras conductas de evitación.

Según Julia Pascual¹ psicóloga catalana, si analizamos el concepto de responsabilidad desde el punto de vista filosófico es interesante ver lo que decía Nietzsche: *“la responsabilidad es esencial en el ser humano, ya que no es por cuestiones divinas lo que nos sucede, es por nuestras decisiones”*. El ser humano continuamente está asumiendo responsabilidades, pero lo que pasa es que no se da cuenta. El problema llega cuando toma conciencia de lo que realmente implican sus actos de responsabilidad. Es en este punto donde la persona puede seguir gestionando dichos actos con mayor o menor ansiedad o bien bloquearse.



Manifestaciones de hipengiofobia:

Según el psicólogo Nardone, hay 5 tipos de manifestaciones relacionadas o que están como base de esta fobia:

1.- Miedo a equivocarse: La persona delega en otras para que asuman la responsabilidad por miedo a cometer algún tipo de error. El miedo a equivocarse hace que las personas puedan caer en la inacción, bloqueando al mismo tiempo la toma de decisiones.

2.- Miedo a no estar a la altura de las circunstancias: La persona delega en otra la tarea por no sentirse capaz de hacerlo como los otros esperan que lo haga y como la situación lo precisa.



Está muy relacionada con la baja autoestima y el miedo a no decepcionar por no sentirse rechazada. Muchas veces estas expectativas son autoconstruidas y no están basadas ni en criterios externos, ni en valoraciones negativas externas.

3.- Miedo al juicio de los demás: La persona no quiere ser criticada de manera negativa o juzgada, pesa más lo que puedan pensar sobre ella, *“el qué dirán o pensarán”*. Esto causa, a su vez, que quienes padecen esta fobia eviten las responsabilidades o abandonen la ejecución de una tarea antes de finalizarla, para evitar una imaginaria valoración negativa.

4.- Miedo a descontrolarse: Muy común en personas que suelen debutar en exposiciones orales donde emerge el miedo a quedarse en blanco, que se le note nerviosa o insegura.

5.- Miedo a la impopularidad: Según este psicólogo, *“sentirse querido es una necesidad, pero querer sentirse querido o amado por todos es una expresión disfuncional”*. Es un miedo a sentirse rechazado por una necesidad exagerada de sentirse querido o aceptado por todos. Otro temor relacionado tiene que ver con que su trabajo y su esfuerzo terminen sin ser apreciados (valorados o reconocidos).

Todos estos miedos están relacionados, pueden darse uno, varios o todos, según la personalidad del sujeto y de lo profundo que sea su grado de baja autoestima. Pero no quiero que este artículo se convierta en un texto puramente psicológico, aunque encuentro mucha relación entre el tipo de personalidad de quienes acceden a nuestra especialidad, reflejo de la sociedad actual, y de algunas cuestiones éticas y deontológicas desconocidas por parte del colectivo.



MARCO ETICO PROFESIONAL:

Es obvio que, a primera instancia, toda matrona que obtiene un título que la capacita para ejercer la profesión, sabe o debe saber, que implícitamente asume una serie de responsabilidades en el ejercicio de la misma. No debemos de confundir la inseguridad al inicio del ejercicio en el mundo laboral por falta de experiencia, con el miedo a asumir la responsabilidad que implica. Aquí me surgen las dudas porque veo muchos nuevos residentes cada año con un concepto idealizado de la profesión, con ese lado magnificado de estar presentes en el nacimiento de un hijo-a y sin entrar en los motivos más profundos de la elección en ser matrona, no sé si sería una idea muy descabellada, hacer un curso previo de aprendizaje bioético y psicológico, que les preparase para ejercer esta profesión con un contenido realista de lo que realmente significa asumir la responsabilidad ejerciendo de matrona. Soy consciente de que son profesionales, de que ya son enfermeras y enfermeros, pero, lejos de realizar únicamente técnicas, la “Matronería” es mucho más, es el cuidado y acompañamiento de procesos vitales que pueden marcar para bien o mal, la vida de una mujer o de su familia, nada baladí el tema, la toma de decisiones propias, de manera autónoma y al mismo tiempo ayudar o asesorar en la toma de decisiones a quienes cuidamos o gestionamos.

EL MIEDO
 es la emoción más difícil de manejar. El dolor lo lloras, la rabia la gritas, pero el miedo se atraca silenciosamente en tu corazón.
 - David Fishman



Quizá desde el punto de vista ético y legal, y más allá de un trabajo de crecimiento personal que ayudase a madurar, recomendaría unos conocimientos básicos en estos temas legales, bioéticos y deontológicos al principio de la formación como residentes. La adquisición de la responsabilidad profesional pasa por la incorporación de los valores éticos en el cuidado que, según Aristóteles deben regirse por “virtudes éticas” (hábitos voluntarios entre el exceso y el defecto (justo medio)) y el ejercicio de la razón, y por supuesto, de las habilidades comunicativas.

CONCLUSIONES:

El miedo a asumir responsabilidades, a tomar decisiones es uno de los problemas más extendidos en la actualidad.

Cuando la persona evita tomar decisiones que implican una responsabilidad, en un primer momento se siente muy bien porque siente que ha pasado el “marrón” a otro. Se siente aliviado, pero al cabo de un tiempo nota malestar porque sabe que ella no se considera capaz de hacerlo. Cada vez que la persona evita asumir una situación por miedo, ésta al final no solo se mantiene, sino que empeora.

Quizá esto responda a una de las preguntas reflexivas del inicio de este texto. ¿Nos iría mejor al colectivo si muchas más matronas asumiesen cargos de responsabilidad dentro de la gestión?. Yo estoy convencida de que sí, y el hecho de que no ocurra puede que responda a una posible hipengiofobia, por un lado, inculcada por la “dependencia de otros profesionales de nuestro propio trabajo” (cada una que ponga sus propios ejemplos), o por “no creernos suficientes capacitadas para tomar las riendas” en lo que tenemos como competencias propias (a veces desconocidas). Aplazar las responsabilidades nos hace perder la capacidad de sentirnos capaces de adquirirla.

Ahora que nuevas promociones van a incorporarse al mundo laboral les aconsejaría ser prudentes en la toma de decisiones y humildes para aceptar las sugerencias de sus colegas expertas, pero nunca que tuviesen miedo a crecer y con ello, a aportar para mejorar la profesión





Como **CONCLUSIÓN FINAL**, podemos afirmar que: Según la situación, evitar las responsabilidades nos puede convertir en irresponsables y ser causa de sufrimiento personal y en el ámbito de lo profesional, perder más competencias propias, bien porque no las ejerzamos o porque otros las asuman por nosotros.

Para finalizar os recomiendo la relectura de algunos de los artículos ya publicados en esta revista, pero los podéis encontrar todos ellos y muchos más en <https://aesmatronas.com/publicaciones-2/infomatronas-2/>

-Ética de la responsabilidad” (Infomatronas nº17. Agosto 2017)

-“Formación continuada, compromiso ético y profesión” (Infomatronas nº19. Octubre 2017)

-“Seguridad o riesgo” (Infomatronas nº48. Junio 2020)

-“Imprudencia, negligencia e impericia” (Infomatronas nº52. Noviembre 2020)

Concluyo con una de las frases que me ha acompañado en mi trayecto personal y profesional del magnífico líder político y social Nelson Mandela: ***“Aprendí que la valentía no es la ausencia de miedo, sino el triunfo sobre él. El valiente no es el que no siente miedo, sino el que lo vence.”***

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

Referencias:

¹<https://www.juliapascual.com/hipengiofobia/>



EVENTO VIRTUAL DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA MATRONA 2026: UN MILLÓN MÁS DE MATRONAS

5 de mayo de 2026 @ 14:00 CEST Online (Inglés, francés, español)

Únete a nosotros el 5 de mayo en un evento virtual especial que celebra el Día Internacional de la Matrona y amplifica el movimiento global Un Millón de Comadronas Más. Este evento destacará la urgente necesidad de un millón adicional de comadronas en todo el mundo para cubrir las necesidades de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente de las mujeres y personas con diversidad de género.

Escucha a líderes comadronas y defensores comunitarios sobre cómo la Petición Un Millón de Matronas Más está impulsando cambios para un salario justo, condiciones laborales seguras, protección laboral y reconocimiento de Matronas privadas y autónomas. Inspírate en historias reales de incidencia, el lanzamiento oficial de la 34ª Canción Trienal del Congreso de la ICM y en orientación práctica sobre cómo las comadronas y asociaciones pueden utilizar la petición para influir en la política nacional y local.

Juntos, podemos movilizar la acción colectiva y generar impulso hacia el 34º Congreso Trienal del ICM en Lisboa, junio de 2026.

REGISTRO

<https://internationalmidwives.org/event/international-day-of-the-midwife-2026-virtual-event-one-million-more-midwives/>



**International
Confederation
of Midwives**

Info
MATRONAS

#IDM2026 MILLIONMORE.ORG



Cada dos minutos, una mujer muere por causas relacionadas con el embarazo o el parto.

Un Millón Más de Matronas pueden cambiar eso.

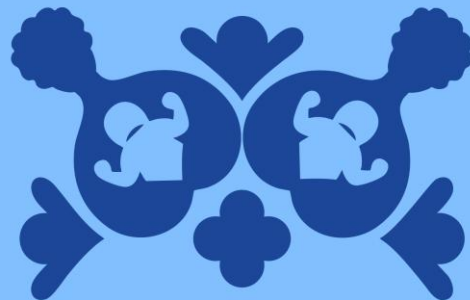


#IDM2026 MILLIONMORE.ORG



2.3 millones de recién nacidos mueren cada año y muchos más nacen muertos.

Un Millón Más de Matronas podrían cambiar eso.



#IDM2026 MILLIONMORE.ORG



Para 2030, casi 30% de los partos serán cesáreas, el doble de 10-15% recomendado por la OMS.

Un Millón Más de Matronas pueden ayudar a restablecer el equilibrio.



#IDM2026 MILLIONMORE.ORG



La lactancia materna a niveles casi universales podría salvar la vida de más de 800 000 niños cada año.

Un Millón Más de Matronas podría ayudar a más mujeres a alcanzar sus objetivos de lactancia materna.



TRANSICIÓN A MODELOS DE ATENCIÓN BASADOS EN LA MATRONERÍA: DOCUMENTO DE POSICIÓN MUNDIAL

Resumen

Este documento de posición global proporciona orientación de carácter político para apoyar la transición de los sistemas de salud hacia modelos de atención basados en la partería, con el fin de mejorar los resultados en mujeres y recién nacidos. Aborda los desafíos persistentes relacionados con la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, así como los mortinatos, y destaca las desigualdades en el acceso a una atención de calidad, respetuosa y centrada en la persona.

El documento define los modelos de atención de partería y los sitúa en el marco más amplio de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, subrayando su papel en la prestación de servicios integrados y basados en los derechos a lo largo del continuo que abarca desde el periodo previo al embarazo hasta el posparto.

El documento expone los fundamentos para la adopción de estos modelos, destacando su contribución a la mejora de los resultados en salud, la experiencia de la atención y la eficiencia de los sistemas sanitarios. Presenta principios rectores como la equidad, la calidad, la continuidad de la atención y la colaboración interdisciplinaria, y examina los roles y competencias de las parteras, así como las condiciones sistémicas necesarias para su implementación. Dirigido a responsables de políticas, planificadores de sistemas de salud y profesionales, tiene como objetivo apoyar el desarrollo de estrategias adaptadas a cada contexto para fortalecer los servicios de salud materna y neonatal y avanzar hacia los objetivos de salud globales.

Cita

Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2026). Transición a modelos de atención basados en la matronería: documento de posición mundial. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/385258>

Idioma

Español

DESCARGA DOCUMENTO COMPLETO:

<https://iris.who.int/items/b4e5a97d-5717-4c10-808e-a6f3ece97b19/full>



"SI YA NO EXISTEN LAS MATRONAS, ¿ QUÉ HAREMOS?": EN AFGANISTÁN, LAS MUJERES PRIVADAS DE SUS DERECHOS ESTÁN APRENDIENDO MEDICINA CLANDESTINAMENTE, CON EL APOYO DE HOMBRES.



Para conmemorar el Día Internacional de la Mujer, France 5 emitió un documental que profundiza en el corazón del régimen represivo de los talibanes.

«Me avergüenzo y soy un cobarde. Los hombres afganos son unos cobardes». Esta confesión autocrítica de un periodista de Kabul, confrontado con la persecución y las restricciones impuestas a las mujeres en su país, marca la pauta de un nuevo documental sobre Afganistán. La película, titulada “El país de los talibanes” y dirigida por Solène Chalvon-Fioriti y Marianne Gettiefue emitida el domingo 8 de marzo a las 21:05 en France 5.

El documental examina esta dictadura religiosa de 42 millones de habitantes, sumida en una grave crisis humanitaria desde que los talibanes regresaron al poder en 2021. Los cineastas, que lograron adentrarse en el corazón de diferentes regiones afganas, documentan así las paradojas del gobierno fundamentalista, pero también las numerosas prohibiciones represivas y arbitrarias que han impuesto, así como la sistemática exclusión de las mujeres afganas del espacio público.

La eliminación de las mujeres

Desde el regreso de los talibanes, no han dejado de llover decretos que restringen cada vez más los derechos de las mujeres: prohibiciones para ir a la escuela después de la primaria, para transitar por parques, gimnasios y baños públicos, clubes deportivos, para ejercer muchas profesiones, para participar en la vida pública ... Prohibiciones que suman a millones de mujeres en una desolación que a menudo se convierte en una forma grave de depresión.

Entre las profesiones que las mujeres ya no pueden ejercer se encuentra la de **matrona**. En 2024, se cerraron todas las clínicas de partería, se prohibió estrictamente a los hospitales contratar médicas y se eliminó la especialidad de ginecología. Esto resulta completamente incomprensible para algunos afganos. «El trabajo de una matrona es único. Si ya no existe, si su profesión está prohibida, ¿qué se supone que debemos hacer?», exclama un farmacéutico que acoge clandestinamente a estudiantes de medicina en su farmacia. Su objetivo: permitirles continuar su formación con la ayuda de una matrona que ha perdido su empleo.

Muy pocos hombres se conmueven ante el destino reservado a las mujeres, condenadas a vivir como ciudadanas de segunda clase, aunque algunas voces masculinas se alcen, como la de este farmacéutico.

"Mientras tenga fuerzas, apoyaré a mis hermanas para que sigan valiéndose por sí mismas y permanezcan al servicio del pueblo", dice también, mirando a la cámara, con el rostro pixelado para proteger su identidad.

Opresión generalizada

Según el director de un grupo de medios que testimonia en el documental, la principal razón por la que

los hombres no se pronuncian más en contra del trato que reciben las mujeres es, en parte, económica. «Como las mujeres no trabajan, son las únicas que aportan el sustento a la familia en un contexto económico muy difícil. Si el único sostén de la familia va a prisión, todos los ingresos familiares desaparecen », explica. Cree que, si los hombres manifestaran su desaprobación en las calles, solo reforzarían la opresión de los talibanes.

Sin embargo, esta columnista se siente obligada a mantener el optimismo, pues existen resquicios entre las numerosas restricciones impuestas a las mujeres. «Se han decretado muchas prohibiciones, pero no se han aplicado, como la presencia de mujeres en los medios de comunicación » , afirma esta directora, que ha logrado emplear a mujeres con la aprobación de las autoridades en su emisora de radio en Kabul. Allí, las prohibiciones son a veces menos estrictas que en el sur del país, bastión histórico de los talibanes.

Fuente: franceinfo

MILES DE MATRONAS Y AUXILIARES DE MATERNIDAD FIRMAN UNA CARTA DIRIGIDA AL SECRETARIO DE SALUD



Más de 5.500 miembros del Real Colegio de Matronas (RCM, por sus siglas en inglés) se han sumado al llamamiento conjunto de los trabajadores del NHS (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) para que se les conceda una remuneración justa y una estructura salarial equitativa, lo que subraya la fuerza de los sentimientos y la determinación de la comunidad de matronas.

La carta abierta conjunta dirigida al Secretario de Estado de Salud y Asistencia Social insta al gobierno a mejorar su aumento salarial del 3,3% mediante la asignación de fondos significativos para las negociaciones de reforma salarial estructural en el marco de la estructura salarial del programa Agenda for Change del NHS.

El RCM afirma que la respuesta de sus miembros demuestra el poder de una profesión unida que alza la voz en favor del cambio.

Emma Jenkinson, directora de relaciones laborales del RCM, declaró: “Ver a tantas matronas y auxiliares de maternidad añadir su nombre a esta carta abierta es una declaración contundente.

“Esto demuestra lo mucho que nuestra profesión valora su trabajo y la urgente necesidad de cambio.”

El RCM es uno de los 14 sindicatos del sector salud que representan a más de un millón de trabajadores sanitarios. Todos coinciden en advertir que el aumento del 3,3 % no se ajusta al costo de vida, no compensa más de una década de salarios perdidos y no aborda la disparidad salarial que han sufrido quienes tienen contratos bajo el programa Agenda for Change en los últimos años.

La carta abierta conjunta insta al Gobierno a ir más allá en materia salarial y a comprometerse a proporcionar una financiación significativa para las negociaciones de la reforma salarial estructural, de modo que los salarios reflejen la habilidad, la responsabilidad y la dedicación del personal del NHS (Servicio Nacional de Salud).

Fuente: Royal College of Midwives





REFLEXIONANDO DE FORMA CRÍTICA SOBRE LAS ETIOLOGÍAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO

Una breve revisión basada en la evidencia, a propósito de la publicación de un estudio pionero sobre cómo las variaciones comunes en los genes de la meiosis determinan la recombinación y la aneuploidía en los seres humanos.

El aborto espontáneo, definido como la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, es la complicación más común del embarazo temprano y, a nivel mundial, afecta aproximadamente al 15 % de todos los embarazos reconocidos. Con una estimación de 130 millones de nacimientos anuales en todo el mundo, esto se traduce, aproximadamente, en 23 millones de abortos espontáneos por año (unos 44 por minuto si se hacen cálculos). Se estima que casi la mitad de las concepciones se pierden en etapas tempranas, sin que las mujeres afectadas lleguen a darse cuenta.

Las etiologías del aborto espontáneo son multifactoriales y varían según la región, la demografía de la población y el acceso a la atención médica, y comprender estas diversas etiologías es esencial para poder ofrecer el asesoramiento, el tratamiento, y la investigación adecuados a las mujeres afectadas. Así, encontramos tendencias regionales dispares, con un aumento de la incidencia en Estados Unidos, China y Suecia, y una disminución de las tasas en Finlandia, lo que probablemente refleja cambios demográficos y mejoras en la detección precoz del embarazo.

Es sabido que las anomalías cromosómicas son la causa de la mayoría de las pérdidas tempranas del embarazo, pero hay otros muchos factores —anatómicos, endocrinos, inmunológicos, infecciosos, trombofílicos, ambientales— que contribuyen a este complejo resultado.

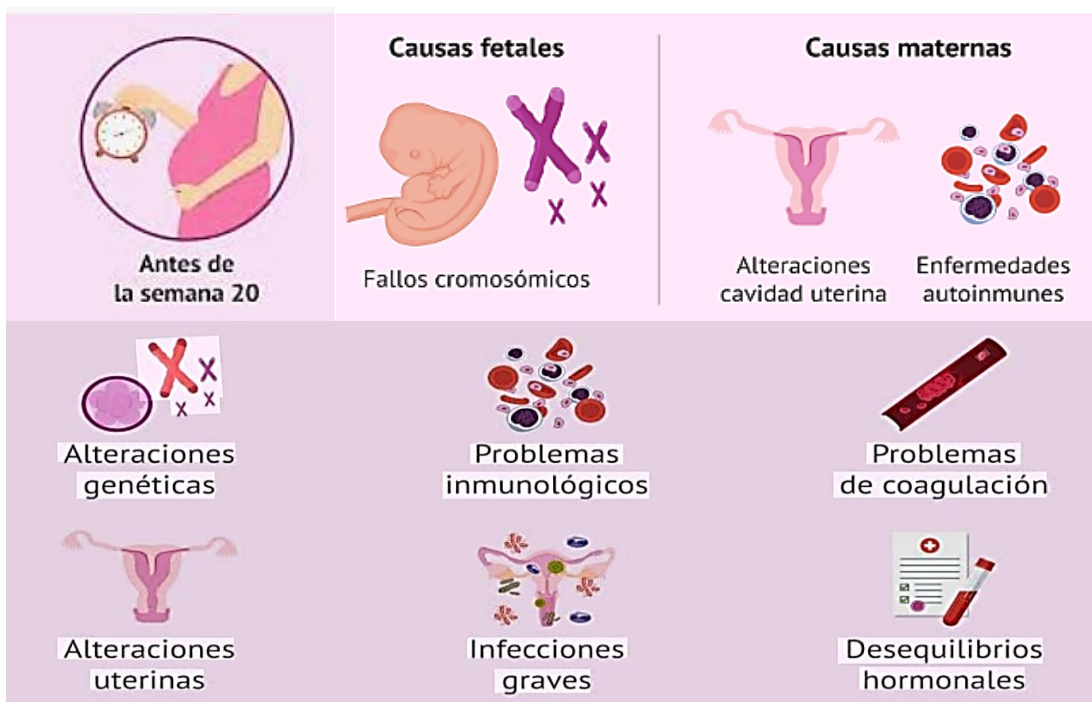


Imagen: Aborto espontáneo, causas. Fuente: <https://ovodonante.com>

A continuación, se resumen de forma actualizada las etiologías del aborto espontáneo:

1) Anomalías anatómicas uterinas congénitas y adquiridas: se asocian tanto con la pérdida esporádica como con la recurrente del embarazo. Entre las congénitas, las más frecuentes son el útero septo (con insuficiencia vascular de embrión y placenta como causa subyacente, además de la reducción del volumen intraluminal) y el útero bicorne. Y entre las adquiridas, encontraríamos adherencias intrauterinas, pólipos endometriales, miomas submucosos y (aunque objeto de controversia) fibromas uterinos intramurales o submucosos.

2) Trastornos endocrinos y metabólicos: la diabetes mal controlada con niveles elevados de hemoglobina glicosilada al inicio del embarazo, los autoanticuerpos tiroideos y el hipotiroidismo subclínico, el síndrome de ovario poliquístico, la resistencia a la insulina, la hiperprolactinemia, los trastornos metabólicos, incluida la obesidad, etc. En todos estos casos, un tratamiento adecuado puede reducir los riesgos.

3) Factores inmunológicos: entre ellos, el síndrome antifosfolípido como causa tratable más importante de abortos recurrentes. Se trata de un trastorno autoinmune sistémico caracterizado por eventos tromboticos u obstétricos que se producen en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos persistentes y se caracteriza por abortos espontáneos recurrentes tempranos (pero después de la 10ª semana de gestación), restricción del crecimiento intrauterino o preeclampsia grave. Presenta una tasa de abortos espontáneos del 90 % en embarazos posteriores no tratados, pero se ha evidenciado que con una combinación de heparina y aspirina puede mejorar significativamente, llegando a alcanzar una tasa de nacidos vivos superior al 70 %.

4) Etiologías infecciosas: si bien no existe una causa infecciosa probada de abortos recurrentes, las infecciones bacterianas como la vaginosis bacteriana, la brucelosis, la Chlamydia o la sífilis, o infecciones virales como los virus del herpes, el del papiloma humano, el parvovirus B19, el VIH, el poliomavirus, el virus del dengue, del zika, la rubéola y los coronavirus, se han relacionado con abortos espontáneos. Del mismo modo ocurre con algunas infecciones por protozoos, como la malaria y la toxoplasmosis. Se ha informado que las infecciones embrionarias y fetales causarían abortos espontáneos recurrentes en una tasa inferior al 4 %, y acompañados de producción de subproductos metabólicos tóxicos, infección fetal o placentaria, infección endometrial crónica y corioamnionitis.

5) Trastornos trombofílicos hereditarios: su asociación con el aborto espontáneo sigue siendo controvertida, encontrándose resultados inconsistentes entre los distintos estudios. En algunos metaanálisis y estudios de cohortes retrospectivos se mostró que las mujeres con mutación del factor V Leiden, mutación del gen de la protrombina o deficiencia de proteína S, tenían un mayor riesgo de sufrir abortos recurrentes. Sin embargo, esto no ha sido confirmado en los estudios prospectivos de cohortes, que no solo no han encontrado ninguna asociación, sino que además exponen la falta de evidencia sobre el beneficio del tratamiento con heparina de bajo peso molecular profiláctica en mujeres con trombofilia hereditaria y antecedentes de abortos espontáneos, en comparación con la ausencia de tratamiento o el tratamiento con aspirina sola.

6) Edad materna avanzada: es uno de los factores de riesgo más importantes para el aborto espontáneo, siendo el riesgo más bajo en mujeres de 25 a 29 años (10 %) y aumentando rápidamente después de los 30 años, hasta alcanzar el 53 % en mujeres de 45 años o más, si bien un estudio eleva esta cifra al 74,7 % en las mayores de 45. La causa que subyace a este riesgo significativamente mayor de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos y partos pretérmino en las mujeres de 40 años o más, en comparación con las mujeres más jóvenes, sería el aumento de los

errores de segregación cromosómica durante la meiosis, con múltiples factores que contribuyen a la aneuploidía de los ovocitos relacionada con la edad. (Cf. infra, Causas cromosómicas y genéticas).

7) Factores ambientales y de estilo de vida modificables: se han asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo el tabaquismo (con riesgo proporcional a la cantidad), el consumo de alcohol, y el consumo de cocaína (que confiere un riesgo independiente de aborto).

8) Causas cromosómicas y genéticas: las anomalías cromosómicas representan la causa más importante de aborto espontáneo, especialmente en el primer trimestre. Al menos el 50% de todos los abortos espontáneos están asociados a anomalías citogenéticas, denominadas aneuploidías (es decir, alteración por exceso o por defecto del nº de cromosomas), siendo la más frecuente la trisomía (copia extra de un cromosoma en algunas o todas las células), seguida de la poliploidía (tres o más juegos completos de cromosomas) y la monosomía X (solo un cromosoma X). Estudios más recientes que utilizan pruebas genéticas avanzadas han elevado esos porcentajes: aproximadamente el 50-80 % de los abortos espontáneos en el primer trimestre presentarían alteraciones cromosómicas.

La mayoría de las aneuploidías se deben a errores en la primera división meiótica del ovocito, por lo que resulta interesante recordar cómo tiene lugar este proceso.

La **meiosis** es la división celular de los gametos en los organismos con reproducción sexual. En los hombres se inicia en la pubertad, por acción hormonal, y es un proceso continuo a lo largo de la vida del individuo que convierte la dotación cromosómica diploide de las espermatogonias ($2n$) en la haploide de los espermatozoides (n). En las mujeres, la meiosis tiene la misma finalidad: convertir la dotación cromosómica diploide de las ovogonias ($2n$) en la haploide de los óvulos (n). Con la diferencia de que en las mujeres se inicia durante la embriogénesis, cuando comienza la 1ª división de la meiosis (Meiosis I); se detiene en la fase llamada diplotene, y se reanuda en la pubertad, completando la Meiosis I justo antes de la ovulación. Pero la siguiente fase (Meiosis II) sólo se completa si el óvulo es fecundado por un espermatozoide, consiguiendo así, y sólo así, la dotación haploide propia de las células sexuales. En este largo período de espera, pueden surgir problemas en los mecanismos que mantienen unidos los cromosomas, y si esta unión falla, los cromosomas pueden separarse prematuramente, o no separarse, dando lugar a óvulos con un número incorrecto de cromosomas al reanudarse la meiosis.

Durante la Profase I de la meiosis, se produce un acontecimiento clave para la vida y la evolución humanas: la recombinación genética, que ocurre cuando los cromosomas homólogos intercambian segmentos de ADN (lo que se llama sobrecruzamiento, entrecruzamiento o *crossing-over*), intercambiando alelos y genes procedentes de la madre y del padre, para generar gametos únicos. Es la fuente más importante de variabilidad genética que impulsa la adaptación y supervivencia de las especies, evita la acumulación de mutaciones perjudiciales, y hace que cada persona tenga una combinación única de genes.

Sabemos que el sobrecruzamiento es un proceso biológico normal y esencial, aunque los nuevos estudios confirman que, si se produce de manera incorrecta o no equitativa, puede producir duplicación o pérdida de genes y conducir a anomalías genéticas. Y también que su ausencia o reducción aumenta el riesgo de no disyunción (o no separación correcta de los cromosomas) durante la meiosis, asociada a aneuploidías. Pero, a pesar de las décadas de estudio de los genes y proteínas involucrados en este proceso, los mecanismos exactos que controlan dónde y cómo se produce el sobrecruzamiento siguen siendo objeto de investigación.

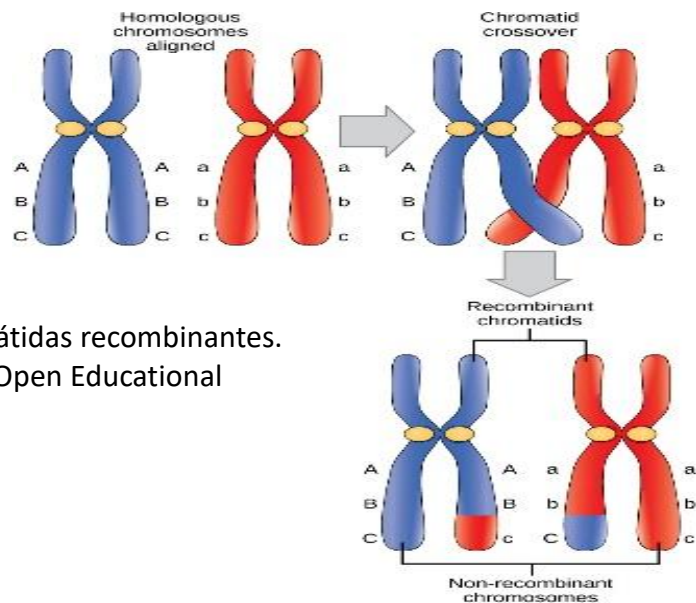


Imagen: Esquema de cromátidas recombinantes.
Fuente: Biology 2e/CUNY Open Educational Resources

Se ha demostrado que sólo el 7 % de las trisomías fetales se debe a errores meióticos paternos. También se ha comprobado por embrioscopia transcervical que los embriones aneuploides tienen un crecimiento y desarrollo desordenados (incluyendo anencefalia y displasia facial y de las extremidades), y se han encontrado anomalías similares en hasta el 18 % de los embarazos euploides que terminan en aborto espontáneo.

Los estudios más recientes sugieren que otras mutaciones genéticas (además de la aneuploidía embrionaria) pueden estar implicadas en los abortos espontáneos esporádicos y recurrentes como, por ejemplo:

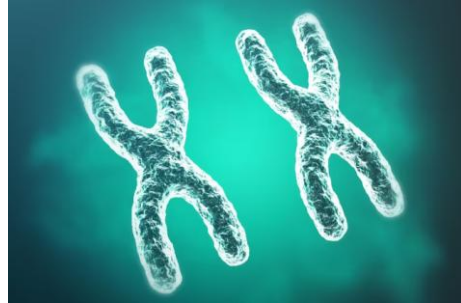
- la inactivación desequilibrada del cromosoma X (alejada del promedio 50% materno - 50% paterno)
- las repeticiones elevadas de trinucleótidos (secuencias de tres nucleótidos –componentes básicos del ADN y ARN– que forman una unidad funcional o estructural, y que suelen codificar aminoácidos)
- las translocaciones (alteraciones estructurales en las que hay fragmentos de cromosomas que se rompen, y se intercambian o fusionan con otros cromosomas no homólogos), cuyos portadores producirán gran parte de sus gametos y embriones con translocaciones desequilibradas por una segregación anómala en la meiosis.

Este año 2026, se han publicado los resultados del trabajo de dos equipos, de Estados Unidos y Dinamarca, que han analizado de forma retrospectiva las pruebas genéticas preimplantacionales de más de 139.000 embriones procedentes de fertilización in vitro de 23.000 parejas de padres biológicos, y han encontrado diversas variantes genéticas asociadas con un mayor riesgo de aborto. Muchas de ellas están asociadas con la meiosis que, como hemos dicho anteriormente, es el proceso de división celular clave en las células sexuales. Y han comprobado que las variantes asociadas con la aneuploidía, a menudo también se asociaban con la recombinación, lo que pone de relieve el doble papel de la recombinación en el origen de la diversidad genética.

Los autores reconocen, sin embargo, que estos nuevos datos no permitirán estimar con precisión el

riesgo individual, porque los factores más importantes siguen siendo la edad y los elementos ambientales.

Este estudio sobre cómo las variaciones (o mutaciones) comunes en los genes de la meiosis determinan la recombinación y la aneuploidía en los seres humanos, dirigido por el Dr. Rajiv C. McCoy del Departamento de Biología “Johns Hopkins” de la



Universidad de Baltimore, y Sara Carioscia del Departamento de Medicina Celular y Molecular de la Universidad de Copenhague, se ha publicado en la Revista Nature, con los siguientes datos: Common variation in meiosis genes shapes human recombination and aneuploidy. Nature. 2026. Sara A Carioscia, Arjun Biddanda, Margaret R Starostik, Xiaona Tang, Eva R Hoffmann, Zachary P Demko, Rajiv C McCoy. DOI: 10.1038/s41586-025-09964-2. PMID: 41565805.

El estudio ha generado diferentes reacciones entre la comunidad científica, que ha resaltado sus logros positivos y también ha puesto en evidencia sus limitaciones.

Entre sus fortalezas se ha destacado que:

- Es un estudio a gran escala, exhaustivo y metodológicamente sólido, con un tamaño de muestra considerable que le proporciona un poder estadístico significativo, y por tanto lo hace fiable; además de haber creado un método computacional específico para este trabajo.
- Permite vincular ciertas variantes genéticas maternas con características de entrecruzamiento cromosómico y el riesgo de aneuploidía.
- Ha revelado una base genética compartida que involucra genes clave en la meiosis.
- El estudio muestra claras conexiones entre variaciones específicas en el ADN de la madre y la probabilidad de que sus embriones no fueran viables, con un mayor riesgo de aborto espontáneo. Y estas mismas variaciones también se relacionaron (sorprendentemente) con la recombinación. Se plantea la hipótesis de que pueda deberse a una disminución en la expresión de determinados genes, que provocaría menos recombinaciones, y por tanto, aumentaría el riesgo de aneuploidías. Esto, aunque ya se había sugerido en estudios previos en modelos animales, nunca antes se había demostrado a esta escala.
- La principal contribución reside en la identificación de alteraciones en genes específicos implicados en la meiosis: las asociaciones más sólidas se encontraron en los genes que controlan cómo los cromosomas se aparean, intercambian material genético y permanecen unidos durante la formación del óvulo.
- Se proporciona la evidencia más sólida hasta la fecha en cuanto a que las variantes genéticas comunes pueden hacer que algunas mujeres sean más vulnerables a la pérdida del embarazo, y que exista una susceptibilidad individual a la aneuploidía más allá de la edad materna (lo que justificaría algunos casos con tasas de aneuploidía más altas de lo esperado, especialmente en mujeres jóvenes).
- Este trabajo constituye una contribución importante a nuestra comprensión de los mecanismos de la meiosis, y de la biología de la aneuploidía y del desarrollo humano, y abre nuevas vías para el desarrollo de tratamientos que reduzcan el riesgo de aborto espontáneo.

Entre las limitaciones que se han señalado:

- El estudio se basa en parejas sometidas a ciclos de fecundación in vitro, y no en la población general, con el sesgo que ello implica. Se realizó en una población muy específica (mujeres infértiles sometidas a FIV con Prueba Genética Preimplantacional para Aneuploidías), lo que es una limitación para extrapolar los resultados a mujeres o parejas con abortos espontáneos y fuera del contexto de las técnicas de reproducción asistida.
- Se analizaron las células de embriones en estadio pre-implantacional, pero no se analizaron células obtenidas tras abortos, ya espontáneos o tras técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, se extrapolan los datos al riesgo de aborto espontáneo, cuando muchos de estos embriones estudiados, si se transfirieran, ni siquiera se habrían llegado a implantar, por lo que no alcanzarían a provocar un aborto espontáneo. Pero es lógico que los autores se refieran al aborto espontáneo, dado que entre el 50% y el 60% de los abortos espontáneos se deben a reordenamientos cromosómicos.
- Este estudio se centra principalmente en los mecanismos que nos permiten comprender mejor la aneuploidía, pero no es posible concluir que esto se traduzca necesariamente en un fracaso del embarazo (aunque sepamos que existe una relación).

CONCLUSIONES acerca de este estudio

- Aún es difícil predecir el riesgo individual. Esto se debe a que cada variante genética común suele tener un efecto muy pequeño en comparación con factores como la edad materna o el entorno, y no se entra a analizar las variantes raras o estructurales ni los factores ambientales.
- Por el momento, su impacto clínico es limitado, porque aún no se pueden ofrecer soluciones prácticas para las pacientes de FIV. Debemos ser cautelosos al interpretar estos resultados y evitar conclusiones como: suponer el descubrimiento de "un gen que predispone al aborto", que "el aborto es hereditario" o que el aborto podría prevenirse con una prueba genética. Por eso, el título del artículo es correcto en el sentido de que se limita a hablar de recombinación y aneuploidía, sin extrapolar al aborto.
- Como ya se ha confirmado en estudios anteriores, a mayor número de abortos, menor probabilidad de que se deban a causas genéticas. Esto implica que, en mujeres con abortos recurrentes, los mecanismos implicados en la pérdida gestacional no estarían tan relacionados con la aneuploidía, sino más bien con trastornos metabólicos, malformaciones uterinas, inflamación crónica o eventos trombóticos, entre otros.
- Lo que se concluye, en general, de este estudio es que parte del riesgo de pérdida gestacional debido a aneuploidía podría tener un componente genético poligénico, y que trabajos de alta calidad como éste que hemos revisado hoy, nos pueden ayudar a comprender mejor los mecanismos de la aneuploidía en poblaciones infértiles.

Bibliografía en página siguiente:

Un gran estudio encuentra variantes genéticas asociadas a la pérdida del embarazo.

<https://sciencemediacentre.es/un-gran-estudio-encuentra-variantes-geneticas-asociadas-la-perdida-del-embarazo>.

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss, *The Lancet*. 2021. 397(10285):1658-67. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, et al. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).

Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage-nationwide register-study in Finland, 1998-2016. *Hum Reprod*. 2019. 34 (11):2120-28. Linnakaari R, Helle N, Mentula M, et al. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/dez211>.

Genetic causes of sporadic and recurrent miscarriage. *Fertility and Sterility*. 2023. Melo P, Dhillon-Smith R, Islam MA, Devall A, Coomarasamy A. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.952>.

Recurrent Miscarriage. *The Lancet*. 2006. 368(9535):601-11. Rai R, Regan L. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69204-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69204-0).

Prevalence of Chromosomal Alterations in First-Trimester Spontaneous Pregnancy Loss. *Nature Medicine*. 2023. Essers R, Lebedev IN, Kurg A, et al. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02645-5>.

Maternal Germline Factors Associated With Aneuploid Pregnancy Loss: A Systematic Review. *Human Reproduction Update*. 2021. 27(5):866-84. Blyth U, Craciunas L, Hudson G, Choudhary M. doi: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab010>.

Uterine Factors in Recurrent Pregnancy Losses. *Fertility and Sterility*. 2021. 115(3):538-45. Carbonnel M, Pirtea P, de Ziegler D, Ayoubi JM. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.12.003>.

Redacción.

**“ANTIEPILÉPTICOS Y
EMBARAZO”: NUEVA
ALERTA SOBRE RIESGOS
EN EL
NEURODESARROLLO
INFANTIL**



El debate sobre la seguridad de los antiepilépticos en el embarazo parece lejos de resolverse a corto plazo. Cada cierto tiempo se publican estudios observacionales que apuntan a una posible relación entre su uso durante la gestación y riesgos para la descendencia.

Si durante años la preocupación se centró en las malformaciones congénitas, la investigación más reciente ha desplazado el foco hacia los efectos neurológicos a largo plazo. Más allá del valproato, ampliamente cuestionado, comienzan a surgir interrogantes sobre otros fármacos más nuevos y menos utilizados.

Un estudio publicado en marzo en British Medical Journal refuerza la relación entre el uso de antiepilépticos y trastornos como el de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los del espectro autista (TEA) y la discapacidad intelectual. El trabajo, realizado en más de 23.000 niños en Estados Unidos, comparó a los menores expuestos a estos fármacos durante la gestación con aquellos no expuestos.

Valproato

En el análisis por moléculas, el ácido valproico vuelve a destacar por su asociación con riesgos en el neurodesarrollo infantil, mientras que la zonisamida muestra una posible señal que aún debe confirmarse. Por el contrario, anticonvulsivantes como levetiracetam y fenitoína no se asociaron con un incremento de los riesgos evaluados.

Junto con el valproato, otro antiepiléptico en el punto de mira de los sistemas farmacovigilancia internacionales es el topiramato, mientras que la lamotrigina se considera una alternativa segura. Este último estudio detectó una posible señal de discapacidad intelectual con ambos fármacos y de dificultades de aprendizaje con topiramato. No obstante, los autores indican que estos hallazgos se basan en un número reducido de casos por lo que deben interpretarse con cautela.

Otros medicamentos también mostraron posibles vínculos con discapacidad intelectual, aunque las estimaciones parten de cifras limitadas. Por su parte, la carbamazepina y la oxcarbazepina se relacionaron con un aumento modesto del riesgo de TDAH y trastornos del comportamiento.

Balance beneficio-riesgo

Aunque este tipo de estudios pone el foco en los riesgos de los fármacos, la falta de control de la epilepsia también comporta riesgos relevantes para la mujer y el feto. ***"Una epilepsia descontrolada***

puede producir consecuencias más graves que los propios medicamentos", advierte Manuel Toledo, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología.

Según el especialista, ***"con un buen control del embarazo y una adecuada prevención, la gran mayoría de los embarazos de mujeres con epilepsia evolucionan favorablemente y sin complicaciones"***. El problema, alerta, es que ***"más del 50% de los embarazos en la consulta de prevención del embarazo no son planificados"***.

De entre los antiepilépticos, el valproato es un caso particular por su elevada eficacia, especialmente en epilepsias generalizadas. ***"No hay ningún fármaco comparable en este tipo de epilepsias"***, señala Toledo. Por este motivo, más que de "restricciones de uso en mujeres edad fértil" prefiere hablar de ***"mujeres con capacidad de gestación"***, para evitar confusiones y dejar sin la que puede ser la opción más eficaz de tratamiento a mujeres que no mantienen relaciones sexuales con hombres o usan una anticoncepción eficaz, como el doble método.

Con este, son ya varios los estudios que han establecido una relación entre la exposición prenatal al valproato y un mayor riesgo de trastornos del neurodesarrollo. También con el topiramato la agencia europea EMA desaconseja su uso en gestantes por un posible aumento del riesgo de TDAH, TEA y discapacidad intelectual. ***"Es un fármaco muy extendido sobre el que siguen acumulándose datos que lo asocian con riesgos durante la exposición fetal, por lo que debe evitarse"***, indica el neurólogo.

Frente a estos, levetiracetam y lamotrigina se consideran las opciones más seguras. Aun así, Toledo recuerda que "existen más de veinte antiepilépticos en el mercado y que es necesario seguir evaluando la seguridad de todos ellos".

Uso en psiquiatría

Estas alertas también afectan a los psiquiatras. Fármacos como el ácido valproico, la lamotrigina o el topiramato se utilizan como estabilizadores del estado de ánimo y en el control de la impulsividad, explica Luis Gutiérrez Rojas, vocal de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Su uso es habitual en el trastorno bipolar, así como en trastornos depresivos recurrentes o del control de los impulsos.

Fuente: Diario Médico

EL CONGRESO ESBOZA UN CRIBADO NEONATAL MÁS AMPLIO, AUDITADO Y PRESUPUESTADO



El Congreso de los Diputados aprobó en noviembre la toma en consideración de la Proposición de Ley del Grupo Socialista para reforzar y homogeneizar el cribado neonatal en el Sistema Nacional de Salud. El resultado de la votación fue de 307 votos a favor, siete en contra y 33 abstenciones. La iniciativa pretende corregir las diferencias territoriales en la llamada prueba del talón y actualizar con carácter obligatorio la cartera común de servicios. Durante la presentación del texto, la diputada socialista Inés Plaza subrayó que el cribado neonatal «puede cambiar la vida a un recién nacido» y lo definió como «una política de salud pública de las más eficaces que existen».

Plaza denunció que actualmente “esa protección no llega igual en todos los territorios”, lo que genera desigualdades que el texto busca evitar mediante revisiones obligatorias cada dos años, basadas en criterios de efectividad clínica, calidad, coste-efectividad y equidad. También destacó que la proposición de ley “modifica la Ley de Cohesión y Calidad del SNS” para dar seguridad jurídica al proceso, e incorpora la actualización del Real Decreto de Cartera de Servicios, incluyendo la ponencia de cribados poblacionales y el asesoramiento de sociedades científicas, expertos y asociaciones de pacientes.

La diputada socialista enmarcó la iniciativa en el compromiso del Gobierno con las enfermedades raras y recordó que el cribado neonatal «solo puede funcionar si hay una sanidad pública fuerte».

El 1 de abril en el Boletín Oficial de las Cortes Generales han sido presentadas las propuestas de los grupos, un total de 40: reforzar la homogeneización del sistema y garantizar su viabilidad económica. (PP), una posición crítica con algunos de los criterios planteados en la norma, especialmente el de coste-efectividad, al considerar que puede dejar fuera a numerosas enfermedades raras debido a su baja prevalencia (VOX) ; PSOE, grupo Plurinacional Sumar apuestan por hacer más ágil el programa de cribado mediante una evaluación más frecuente y flexible. Así, plantean que la revisión pase a ser, como mínimo, anual, en lugar de cada dos años, y que se mantenga de forma continuada cuando surjan nuevas patologías susceptibles de incorporarse. Además, proponen que la Ponencia de Cribado Poblacional, dependiente de la Comisión de Salud Pública, sea el órgano técnico encargado de realizar estas evaluaciones.

Por otro lado, también plantean reforzar la participación de agentes externos y garantizar la equidad en todo el territorio. En concreto, plantean regular la implicación de sociedades científicas, expertos y asociaciones de pacientes en la toma de decisiones, así como actualizar en un plazo de un año el Documento Marco de Cribado Poblacional, vigente desde 2010. A ello se suma la fijación de criterios comunes sobre tiempos de respuesta, acceso y confirmación de pruebas para evitar desigualdades entre comunidades autónomas. (ERC) plantea extender el catálogo de enfermedades incluidas en el programa, con la incorporación de patologías como la mucopolisacaridosis tipo 1 y la enfermedad de Pompe.

(EAJ-PNV) pone el foco en preservar la capacidad de innovación de las comunidades autónomas, planteando que puedan incorporar técnicas adicionales más allá de la cartera común. También aboga por una evaluación más amplia del programa, que incluya no solo la prueba del talón, sino otros

cribados universales como el auditivo. Asimismo, defiende que cualquier revisión no suponga la retirada de pruebas ya implantadas salvo que exista evidencia científica concluyente en contra.

Junts per Catalunya centra sus propuestas en el plano técnico y competencial. Por un lado, apuesta por sustituir la denominación “prueba del talón” por el término más preciso de “cribado neonatal en muestra de sangre seca”. Por otro, reivindica la capacidad de la Generalitat para definir sus propios criterios de evaluación, junto al traspaso de competencias aún pendientes en el ámbito sanitario.

De forma similar, EH Bildu también propone adoptar la denominación técnica del cribado neonatal en muestra de sangre seca, al tiempo que plantea una evaluación anual del programa en lugar de bienal. Sus enmiendas inciden además en la necesidad de modernizar el sistema de información vigente para mejorar la coordinación entre territorios, así como en establecer protocolos que garanticen tiempos de respuesta más rápidos en la comunicación de resultados. También aboga por incorporar una revisión multidisciplinar de los programas de cribado.

Con la presentación de las enmiendas, ahora la ponencia deberá elaborar un informe sobre el texto y las propuestas registradas. Tras ello, la Comisión de Sanidad debatirá ese documento y votará cada una de las enmiendas. Solo aquellas que obtengan mayoría se incorporarán al dictamen que se elevará al Pleno del Congreso.

Fuente: Redacción Médica



ENTREVISTA CON SUSANA ABAJO LLAMAS.

MATRONA, MADRE, LUCHADORA INCANSABLE EN LAS CAUSAS DE LA PROFESIÓN, DE LA SALUD DE LAS MUJERES DE SU ENTORNO Y MUY COMPASIVA E IMPLICADA CON LAS MUY DIFÍCILES SITUACIONES DE LAS MUJERES EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO.

P. Querida Susana cuéntanos algo de tus orígenes, familiares.

R. Nací en Madrid, hace muchos años, en una familia muy entregada a nuestro cuidado. Crecí llena de cariño. Soy la segunda de cuatro hermanos. Me separa un año y medio de mi hermana mayor, cuatro de mi hermana menor y quince años de mi hermano pequeño.

Hubiéramos tenido otro hermano mayor, pero falleció a los cuatro minutos de vida; mi madre lo sufrió toda la vida y cada año nos recordaba el día de su nacimiento.

Creo que mis padres crearon una gran familia. Eran muy entrañables. Siempre en mi corazón.

¿Algún antecedente de familiares sanitarios?

R. No tengo antecedentes de familiares sanitarios, pero quizás mi madre, me influenció para estudiar la especialidad, consideraba que nuestra profesión es muy bonita, "acompañar en los primeros minutos de una nueva vida".

P. ¿Trabajaste de enfermera previamente?

R. Mi experiencia como enfermera fue fundamentalmente en cuidado intensivos; en sanidad pública y privada. Aprendí mucho de enfermería, pero sobre todo aprendí a valorar la vida. Sufrí con las pérdidas y recuerdo a muchos de mis pacientes.

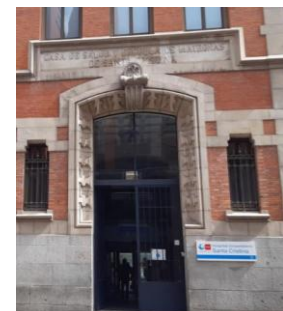
P. ¿Dónde te formaste como matrona?

R. La formación de Matrona la realicé en Santa Cristina.

Una vez finalizado Diplomado Universitario en Enfermería, me presenté al examen de acceso, que era obligado para cursar la especialidad y comencé a estudiarla.

Tengo unos recuerdos extraordinarios. Mucho esfuerzo, dedicación y estudio, pocas horas de sueño, pero también mucho compañerismo y diversión.

Compartimos muchas horas con compañeras y compañeros de otras Comunidades Autónomas que venían a Madrid a estudiar la especialidad y esto te sitúa en entornos diferentes al tuyo y en mi caso, me ha aportado valiosos momentos que tengo como los mejores recuerdos.





P. ¿Cuál ha sido tu andadura como matrona, antes de tu destino actual?

R. Sólo por mis años de ejercicio profesional, podemos decir que tengo una larga andadura, pero, además, con experiencias muy diferentes.

Sin que resulte tediosa la lectura, quiero compartir esta andadura, especialmente para que las matronas que se inician en la profesión, nunca se detengan.

Nada más terminar la especialidad, trabajé los tres meses de verano en el Hospital La Paz. Aprendí mucho, fue un muy buen rodaje.

Trabajé también con guardias localizadas, en equipo con los obstetras de Santa Cristina en el área privada; también aprendí mucho.

En paralelo, realicé también la Especialidad de Enfermería del Trabajo, ATS de Empresa entonces.

Seguidamente trabajé como enfermera en Cruz Roja, en Quemados. Trabajaba en turno de noche y me matriculé en turno de tarde en la Universidad Complutense, en Comunicación Audiovisual. Pronto tuve que abandonarlo por incompatibilidad con un nuevo trabajo de Matrona: una interinidad, junto a otras Matronas, para iniciar la preparación del Servicio de Maternidad en el Hospital Severo Ochoa. Colaboramos en la redacción de protocolos, preparación de los espacios, paritorios... Fue muy especial poder recibir a las primeras parturientas.



Estuve en el Hospital Severo Ochoa exactamente un año, siete meses y veinticinco días; renuncié al contrato por motivos personales en octubre de 1988. Me casé y me iba a vivir a Cataluña, a Cambrils concretamente, en la provincia de Tarragona, junto al mar que tanto me entusiasma.



Volví a iniciar mi trayectoria profesional y estuve cinco días sin trabajar y carpeta debajo del brazo, fui a buscar algún trabajo. En ese momento, ese era el método.

Empecé al día siguiente en el Hospital Sant Joan de Reus como enfermera, en la planta de obstetricia y seguí a la búsqueda de trabajo como Matrona.

Dejé ese contrato y comencé como Matrona en sanidad privada. Posteriormente trabajé en el Hospital Joan 23 de Tarragona y en Atención Primaria en El Vendrell como Matrona interina.

Más tarde, retomé de nuevo los libros y obtuve el Título de Diplomado en Sanidad en Tarragona.

Preparé oposiciones para Matrona de APD y obtuve la plaza de Mont-Roig del Camp / Miami. Conocí de cerca las necesidades de las mujeres del área rural y cómo el contacto directo con Concejales y Alcaldes, facilita el desarrollo de nuestro trabajo.

El Centro de Salud estaba en construcción, sólo disponíamos de una sala en una de las dos poblaciones para poder realizar Educación Maternal. Los municipales o la Cruz Roja, se encargaban de llevar a las gestantes. Posteriormente se instauró una línea de bus.

Tuve una gran colaboración para poder atender adecuadamente a las mujeres y realizar programas de educación sanitaria.



En este periodo, fui MADRE. Tuve a mis dos maravillosas hijas con un año de diferencia, motor de mi vida y a las que adoro.

En 1996, me propusieron el cargo de Coordinadora del Programa de Atención a la Mujer en Reus, "Programa d' Atenció a la Dona", posteriormente y en la actualidad llamado ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva) al cual nos integramos todas las matronas rurales.

Inicialmente compartía asistencia con gestión, pero con el desarrollo del Servicio ASSIR y las competencias de las Matronas, la gestión ocupaba la mayoría de mi horario laboral y parte del extra laboral.

Algo importante a destacar, es que el ASSIR en Cataluña, está dirigido por ginecólogos y por matronas. Las Matronas están muy consideradas, hay Matronas gestoras que lideran los ASSIR y los Programas de salud sexual y reproductiva, en el Servei Català de la Salut.

He dedicado, como es natural, parte de mi tiempo a la formación continuada, participé en estudios de investigación y en ensayos clínicos. Decidí realizar un "Máster de estudios de género" que me permitió conocer a grandes mujeres de otras disciplinas.

En 2016, comencé a realizar exclusivamente asistencia en mi plaza de matrona de Montroig-Miami (Tarragona) y en 2017 regresé a Madrid donde mis hijas se instalaron.

Desde el año 2017 trabajo para el SERMAS como Matrona de Atención Primaria.

P.-Me consta que eres una luchadora nata por la profesión y por la salud de las mujeres. ¿Que nos puedes contar de tus luchas?

R. *Pues sí, no te lo niego. ¡Siempre luchando!*

En mi etapa de gestión, siempre luchando por tener más matronas en el equipo. Es necesario adaptar los recursos humanos, con unos ratios adecuadas, a las necesidades de las mujeres y familias, a las necesidades de los jóvenes, de la población en general.

Afortunadamente el Director del ASSIR, valoraba mucho a las Matronas; trabajamos como un buen equipo; respetaba y apoyaba mi justificada solicitud de profesionales y favorecía el desarrollo de todas nuestras competencias.

Más matronas y más competencias redundan en una mejor atención de las mujeres, en beneficio de su salud y bienestar; en toda la sociedad.

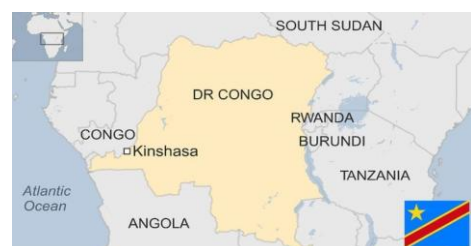
Los Servicios ASSIR, creo que son un modelo a imitar. Equipos multidisciplinares especializados, para proporcionar una atención integral en materia de salud sexual y reproductiva. Una atención integral de excelente calidad.

Una larga andadura con sus logros y no exenta de sus dificultades.

P. Además de tu faceta de matrona de lujo, que me consta que lo eres, también dedicas tus esfuerzos a otras actividades solidarias. Cuéntanos.

R. *Durante mi estancia en Tarragona, inicié diferentes actividades para ayudar en proyectos en salud materno infantil con la Asociación Matres Mundi, con sede en Barcelona.*

Conciertos solidarios, exposiciones de pintura, de fotografía y otros eventos para recaudar fondos para proyectos en El Congo, Etiopía y Ruanda.





La Secretaria General de la Asociación en aquel momento, Matrona, Sra. Dolors Chacón, me propuso un primer viaje a Ruanda para inaugurar una segunda Casa Maternal en Nemba, en el Distrito de Gakenke. Su construcción fue solicitada por el Ministerio de Sanidad, ante los buenos resultados en salud materno infantil al disponer de la primera Casa Maternal en Ruli, “La Lumière” , en el mismo Distrito.

A partir de este, que fue mi primer viaje en 2014, realicé tres viajes más, el último en el año 2019. Realizamos formación, dotamos a los Centros de Salud de recursos para un buen seguimiento de gestantes, detectamos necesidades...

Una experiencia increíble que, con mucha probabilidad repetiré este año. Actualmente estoy presente en la Junta Directiva de Matres Mundi como representante en Madrid.

Colaboro también, con otra Asociación que trabaja en la zona, en Nemba; es la Asociación MUSEKE con sede en Cádiz que realiza una labor maravillosa.

Animo a las/los profesionales con inquietudes a vivir esta experiencia y también a colaborar como asociados, cualquier ayuda, por pequeña que parezca, aporta un beneficio tremendo para la salud de las mujeres y de sus hijos en países con menores posibilidades, el índice de pobreza es muy elevado.



INAUGURACION DE LA LUMIERE



MUSEKE



FORMACION EN NEMBA



LLEGADA A LA LUMIERE



P. Volviendo a la “Matronería”, ¿como ves a las nuevas generaciones?

R. He formado a residentes de Matrona durante muchos años, he sido tutora y lo he disfrutado. Me gusta mucho la Docencia. Actualmente también tengo temporalmente a residentes de Matronas. Las Matronas en general, somos profesionales muy entusiastas de nuestra profesión, también las nuevas generaciones. Profesionales siempre interesadas en la formación continuada y entregadas al cuidado de las mujeres. Esto debe de ser transmitido cuando se forma a Matronas Residentes. Me han enseñado mucho y hemos compartido muy buenos momentos. A día de hoy tengo muy buenas amigas, que en su día fueron mis residentes.

P. ¿Como ves el futuro de la profesión?

R. El futuro que deseo, es el de imaginar que algún día nuestra profesión, tendrá el reconocimiento que merece. Creo que las mujeres, de las que cada día aprendo, agradecen y valoran el acompañamiento y la atención que reciben, pero los gestores sanitarios no nos valoran y reconocen. Creo que sería necesario, por parte de la Administración o de forma externa, auditar seriamente y comprobar el déficit existente de profesionales y las necesidades reales para el cumplimiento de las actividades en materia de salud sexual y reproductiva. Establecer ratios, considerar competencias y escuchar a las matronas. La entrega permanente a las necesidades de las mujeres, nos ha pasado factura. Es incuestionable el compromiso de las matronas en su labor asistencial y docente, en la gestión “ cuando nos permiten”. Faltan matronas y faltan gestoras para liderar los programas de salud sexual y reproductiva.

P. Crees que si la titulación de matrona fuera independiente de enfermería ¿sería mas beneficiosa para la profesión?

R. Esta es una duda que en ocasiones me he planteado, sin embargo, me posiciono al igual que mis colegas más cercanas, en el modelo actual de estudiar el Grado en Enfermería para acceder a la Especialidad. No quiero despedirme sin una mención a M.ª Ángeles Rodríguez Rozalen, mi elogio y agradecimiento por tu entrega y dedicación en defensa de nuestra profesión. A todas las matronas implicadas en la lucha por el colectivo, que no caigan en el desánimo, nuestra profesión requiere fortaleza. A todas las que me habéis acompañado en mi trayectoria, GRACIAS porque he aprendido, lo mejor de cada una de vosotras. A las que ahora estáis a mi lado, que sea para siempre. ¡Muchas gracias!

Muchas gracias a ti y todas las matronas que, de una forma discreta, con su trabajo y esfuerzo colocan al colectivo de Matronas en un lugar muy alto, digno de admiración. En nombre de la Asociación Española de Matronas te damos las gracias.

Redacción

TRABAJO



En los Hospitales Universitarios adscritos a la red Sanitaria Pública de Madrid precisamos la incorporación de 3 Matronas /os para las siguientes coberturas:

Ubicación: a elegir entre los siguientes Hospitales:

- Hospitales Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles (Madrid)
- Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro (Madrid)
- Hospital Universitario General de Villalba (Madrid)

Requisitos:

- Ser Matrón o Matrona y estar al corriente de pago del Colegio de Enfermería de Referencia y contar con experiencia mínima de un año en el puesto.

Funciones:

- Realizar las valoraciones adecuadas durante el proceso de parto, puerperio y atención del/de la recién nacido/a para mantener un seguimiento seguro y de calidad. Identificación de signos de alarma y comunicación adecuada al/a la profesional médico.
- Promover el concepto de parto respetado, analizar en todo momento la seguridad maternofiliar e informar a la mujer y su pareja sobre los posibles cambios que puedan surgir durante el proceso.
- Proporcionar herramientas y recursos a la mujer para una asistencia al proceso de parto y puerperio siguiendo sus preferencias y manteniendo la seguridad asistencial.
- Explicar a la paciente y pareja el protocolo del parto de forma individualizada, así como las posibilidades analgésicas y posicionales.
- Mostrar constancia e interés en el seguimiento y control de la paciente y de los recién nacidos, informando de cómo se procederá en su asistencia y sobre cualquier otro asunto que se requiera, respetando los estándares de unos cuidados asistenciales de excelente calidad.

Lo que ofrecemos:

Contrato

- Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles un contrato temporal por cobertura de vacaciones desde el 1 de junio al 30 de octubre.
- Hospital Infanta Elena de Valdemoro un contrato de sustitución de maternidad y vacaciones de en torno a un año.
- Hospital Universitario General de Villalba un contrato de sustitución de vacaciones de junio a octubre.
- Incorporación a un equipo de trabajo colaborativo y especializado.
- Atractivo paquete salarial, competitivo y alineado con el mercado.
- Un entorno que potencia tu desarrollo
- Contarás con el respaldo de un equipo con amplia experiencia que te ayudará a fortalecer tus habilidades y avanzar en tu carrera.
- Formación continua: estimularemos tu aprendizaje y desarrollo a través de nuestra Universidad Quirónsalud y nuestros planes de formación específicos, que permitirán desarrollarte personal y profesionalmente.

INTERESADOS enviar su CV a susana.sgonzalez@quironsalud.es

Contactar en el 630.940.016.

TRABAJO



Se ofrece vacante indefinidamente de Matrona en Arenas de San Pedro o Sotillo de la Adrada (cercanos a Talavera de la Reina y Madrid)

Con posibilidad de adaptación de la jornada laboral.

Interesados se pueden poner en contacto con la Dirección de enfermería (920) 251 966 Ext. 30508 o 30510



TRABAJO



HOSPITAL GARCIA ORCOYEN DE ESTELLA

MATRONAS:

- 1 contrato de 1/3 de jornada con posibilidad de ampliar a jornada completa.
- 1 contrato de tres meses de duración a jornada completa.

CONTACTO:

Yolanda Galdeano Latorre

Dpto. Personal-Hospital García Orcoyen de Estella

Teléfono: 848 43 52 96

yolanda.galdeano.latorre@navarra.es

TRABAJO

**Oferta de Empleo – Matrón/a.**

Sanitas Hospitales – Hospital Universitario de La Zarzuela (Madrid)

En **Sanitas Hospitales** queremos incorporar a nuestro equipo un/a **Matrón/a** para el **Hospital Universitario de La Zarzuela**, con **jornada parcial al 50%**.

Condiciones laborales

- Jornada parcial **50%**
- **Turnos de 12 y 24 horas**
- **Contrato temporal**
- Incorporación según necesidades del servicio

Requisitos

- **Grado/Diplomatura en Enfermería**
- **Especialidad de Obstetricia y Ginecología (Matrón/a) vía EIR**
- Colegiación en vigor
- Experiencia previa en paritorio (valorable)
- Orientación al paciente, trabajo en equipo y compromiso con la calidad asistencial

CONTACTO:

Ester Deogracias Herrera

M +34 639 25 38 68

E edeogracias@sanitas.es W sanitas.es

VALLADOLID

- PARA INSCRIBIRSE SIGA LAS INSTRUCCIONES SIGUIENTES:
1. CONECTE CON LIVE.MED
 2. SI USTED YA ES USUARIO REGISTRADO DEL PORTAL (POR EJEMPLO, ASISTIÓ A UN PROGRAMA DE LIVEMED ANTERIORMENTE), ACCEDA A LA SECCIÓN "MIS CURSOS" (EN INICIAR SESIÓN) Y TRAMITE UNA NUEVA INSCRIPCIÓN HACIENDO USO DEL CÓDIGO DE REGISTRO FACILITADO EN ESTA INVITACIÓN.
 3. EN CASO CONTRARIO, PROCEDA A REGISTRARSE COMO USUARIO EN LIVE.MED, APORTANDO EL MENCIONADO CÓDIGO DE REGISTRO EN LA OPCIÓN CREAR CUENTA. SIGA LAS INSTRUCCIONES EN PANTALLA Y RECIBIRÁ CONFIRMACIÓN DEL REGISTRO VÍA EMAIL.
 4. RECUERDE QUE EL REGISTRO E INSCRIPCIÓN EN LIVE.MED ES IMPRESCINDIBLE PARA ASEGURARLE UNA PLAZA EN EL CURSO DEL PROGRAMA ASAMU 2026.

PROGRAMA

- 09:00 – 09:15** Entrega de documentación
- 09:15 – 09:20** Bienvenida e introducción
Dr. José Luis Neyro Bilbao
- 09:20 – 10:08** **Anemia en la mujer a lo largo de la vida**
- 10:08 – 10:56** **Abordaje de las náuseas y vómitos durante el embarazo**
- 10:56 – 11:44** **Cada mujer es única: hablemos de menopausia y sus síntomas**
- 11:44 – 12:14** Descanso – Café
- 12:14 – 13:02** **Nutracéuticos y preparación farmacológica para el embarazo**
- 13:02 – 13:50** **Mujer con vejiga hiperactiva...¿algo más?**
- 13:52 – 14: 45** Descanso – Almuerzo
- 14:45 – 15:33** **El tratamiento secuencial de la osteoporosis como enfermedad crónica**
- 15:33 – 16:11** **Manejo del estreñimiento funcional en la mujer: concepto, tipos clínicos y tratamientos**



PROGRAMA ASAMU 2026

Actualización en Salud de la Mujer

CURSO
BARCELONA
Martes, 19 de mayo de 2026
Hotel Catalonia Barcelona Plaza
Plaça d'Espanya, 6-8
08014 Barcelona, España



Entidades colaboradoras en el Programa ASAMU 2026:



INVITACIÓN

CÓDIGO DE REGISTRO

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

BARMKDU99010794

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

BARCELONA

- PARA INSCRIBIRSE SIGA LAS INSTRUCCIONES SIGUIENTES:
1. CONECTE CON LIVE.MED
 2. SI USTED YA ES USUARIO REGISTRADO DEL PORTAL (POR EJEMPLO, ASISTIÓ A UN PROGRAMA DE LIVEMED ANTERIORMENTE), ACCEDA A LA SECCIÓN "MIS CURSOS" (EN INICIAR SESIÓN) Y TRAMITE UNA NUEVA INSCRIPCIÓN HACIENDO USO DEL CÓDIGO DE REGISTRO FACILITADO EN ESTA INVITACIÓN.
 3. EN CASO CONTRARIO, PROCEDA A REGISTRARSE COMO USUARIO EN LIVE.MED, APORTANDO EL MENCIONADO CÓDIGO DE REGISTRO EN LA OPCIÓN CREAR CUENTA. SIGA LAS INSTRUCCIONES EN PANTALLA Y RECIBIRÁ CONFIRMACIÓN DEL REGISTRO VÍA EMAIL.
 4. RECUERDE QUE EL REGISTRO E INSCRIPCIÓN EN LIVE.MED ES IMPRESCINDIBLE PARA ASEGURARLE UNA PLAZA EN EL CURSO DEL PROGRAMA ASAMU 2026.

PROGRAMA

- 09:00 – 09:15** Entrega de documentación
- 09:15 – 09:20** Bienvenida e introducción
Dr. José Luis Neyro Bilbao
- 09:20 – 10:08** **Anemia en la mujer a lo largo de la vida**
- 10:08 – 10:56** **Abordaje de las náuseas y vómitos durante el embarazo**
- 10:56 – 11:44** **Cada mujer es única: hablemos de menopausia y sus síntomas**
- 11:44 – 12:14** Descanso – Café
- 12:14 – 13:02** **Nutracéuticos y preparación farmacológica para el embarazo**
- 13:02 – 13:50** **Mujer con vejiga hiperactiva...¿algo más?**
- 13:52 – 14: 45** Descanso – Almuerzo
- 14:45 – 15:33** **El tratamiento secuencial de la osteoporosis como enfermedad crónica**
- 15:33 – 16:11** **Manejo del estreñimiento funcional en la mujer: concepto, tipos clínicos y tratamientos**



PROGRAMA ASAMU 2026

Actualización en Salud de la Mujer

CURSO
BARCELONA
Martes, 19 de mayo de 2026
Hotel Catalonia Barcelona Plaza
Plaça d'Espanya, 6-8
08014 Barcelona, España



Entidades colaboradoras en el Programa ASAMU 2026:



INVITACIÓN

CÓDIGO DE REGISTRO

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

BARMKDU99010794

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

*XXI Jornadas Científicas
APMEX
7 y 8 de Mayo*



*Vocación que avanza.
conocimiento que
transforma.*



*Hotel Don Manuel
Cáceres*

<https://matronasextremadura.org/jornadas-cientificas-matronas/>

Taller de Sensibilización y Actualización en VIH

*Acompañando a la mujer con VIH
en su deseo de gestar*

5 de mayo de 2026
17h. - 19:30h.

para mas información sobre el
proyecto



somoslatidocomun@gmail.com



Organiza



Colabora



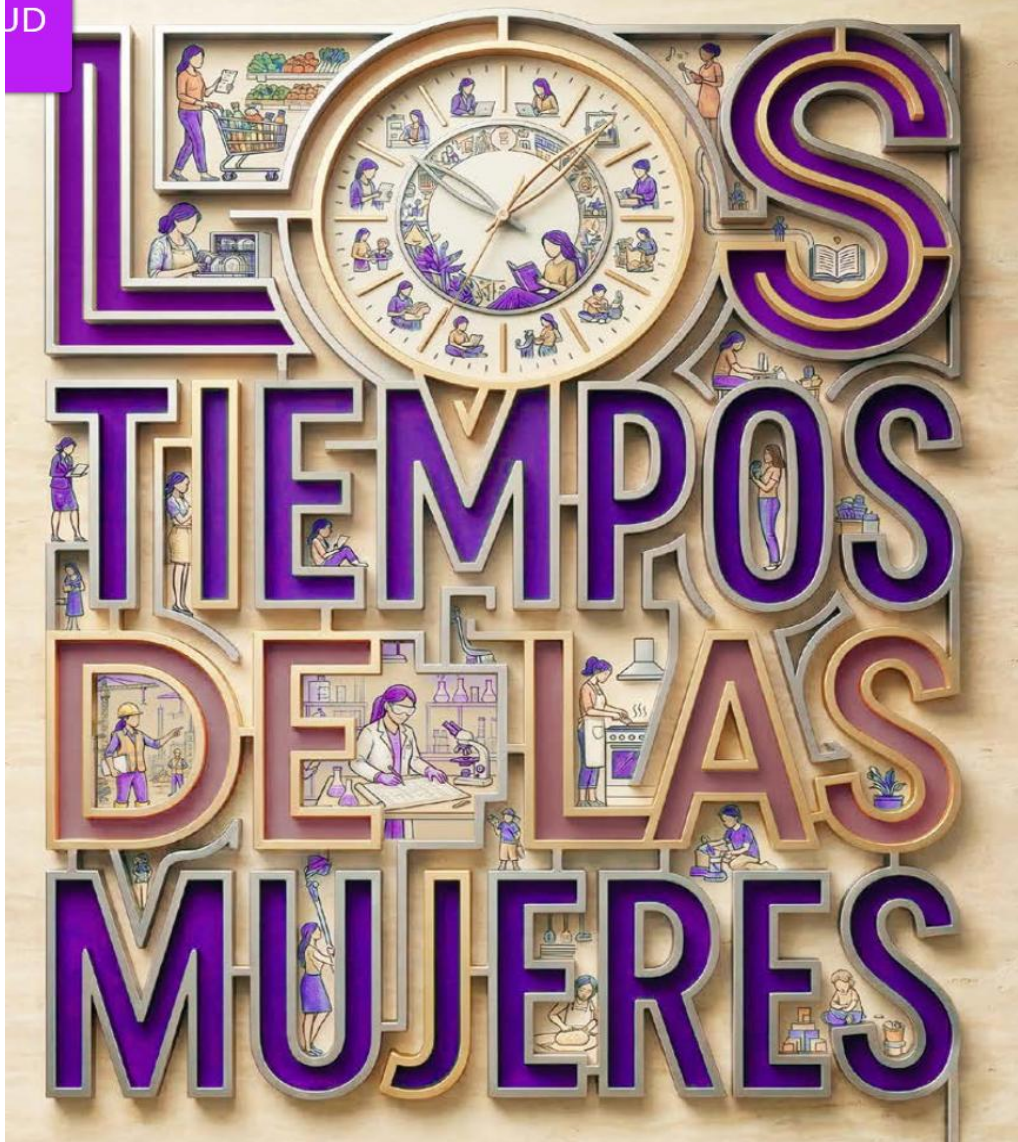
Subvenciones

Proyecto de interés social financiado con cargo a la
surgación tributaria del 0,7% del IRPF y del Impuesto de
Sociedades





XI JORNADA DE AMS 6 DE JUNIO DE 2026
de 9:00 a 15:00h
Salón de Aotos de la Fundación ONCE. C/ Sebastián Herrera, nº 16, Madrid



https://www.mujeresparalasalud.org/xi-jornada-de-ams-el-empleo-del-tiempo-como-determinante-de-la-salud-de-las-mujeres/?mc_cid=a4c9f47b07&mc_eid=d5de74e4ab

28^a Convocatoria Nacional Proyectos de Investigación Enfermería Valdecilla

BASES DE LA CONVOCATORIA

Con el patrocinio de:

Fundación
Caja Cantabria



GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERIA DE SALUD

Valdecilla
IDIVAL

Valdecilla



INFORMACIÓN:

www.idival.org

Mail: maria.wunsch@idival.org



Cuando el maltratador utiliza a las hijas e hijos como instrumento para seguir dañando a la mujer, no estamos ante un conflicto familiar. Estamos ante una forma cruel de violencia de género contra las madres, pero también, y de forma especialmente significativa, contra los niñas y niños. Y no hablamos sólo de la manifestación más extrema de la violencia vicaria, los asesinatos. Son miles los niñas y niños que viven en regímenes de custodia o visitas con padres maltratadores. En efecto, a pesar de que la ley reconoce desde hace años (¡¡2015 !!) a los hijas e hijos como víctimas de la violencia de género, en la práctica se sigue priorizando el mantenimiento del contacto con el agresor en nombre de un supuesto “interés superior del menor”.

Objetivos

- En este V Encuentro, queremos poner en primer plano una batería de propuestas para corregir los fallos estructurales detectados; propuestas que están especialmente ligadas a los procesos de reformas legales en curso en nuestro país. Nos referimos al Anteproyecto de Ley Orgánica sobre violencia vicaria y a la mejora de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI)
- Conocemos el diagnóstico: grave déficit de formación específica en los distintos ámbitos profesionales; uso indebido de teorías sin base científica para desacreditar denuncias; prioridad automática del “derecho de visitas” a padres presuntamente maltratadores; falta de escucha con garantía a los niños, niñas y adolescentes...
- Ante esta situación, no podemos permitirnos sólo pequeños “arreglos”, cuyo resultado sea consolidar aún más el “espejismo de los sistemas de protección” a las víctimas de la violencia de género, principalmente las mujeres y sus hijas e hijos.
- Tal y como venimos haciendo en las anteriores ediciones, con este V Encuentro VVVI pretendemos contribuir a mejorar las normas existentes en nuestro país frente a estas violencias, pero, sobre todo, a crear los mecanismos que hagan realidad el cumplimiento efectivo de las mismas.
- Ello requiere “poner en el centro”, con enfoque de género, de infancia y de derechos humanos, la vida de las víctimas, su voz, su realidad y sus necesidades.

Inscripciones:

<https://mujereslibresmujeresenpaz.org/inscripciones-encuentro-vvvi>



JUNIO 2026
Con Barbara Harper
CURSO: EL PARTO EN EL AGUA 3,4 CRÉDITOS

Guipuzkoa: 15 y 16

Cambrils: 18 y 19

RETIRO: SALUD PSICOEMOCIONAL EN EL PARTO

La Bartra: 26, 27, 28
2,8 CRÉDITOS


wisdominbirth.com

INFORMACIÓN:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfsNsLdt9A_zLGc01HzjP4N_VLDYN8DFC4UeKMH-y3Bee7hLQ/viewform

INNOVATION DAY 2026

Transformando
la continuidad asistencial

- Exposición de Proyectos Transversales Soluciones reales que conectan niveles asistenciales.
- “Fracasos Útiles”
Lo que no funcionó... y lo que aprendimos.
- Ideas disruptivas en 5 minutos
Innovación rápida para mejorar la continuidad.
- Entrega de Premios “Conectando 2026”
Reconociendo proyectos que transforman la asistencia.



MAYO 27, 2026
8:30 AM - 13:30 PM

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

**ENVÍA TU
CANDIDATURA!**



UN ESPACIO PARA IDENTIFICAR, COMPARTIR Y ACELERAR
SOLUCIONES REALES QUE MEJORAN LA CONTINUIDAD
ASISTENCIAL Y EL VIAJE DEL PACIENTE ENTRE NIVELES

<https://www.comunidad.madrid/actividades/2026/innovation-day-2026-hospital-universitario-principe-asturias>



“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 Abstrac
- 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/>



“Un millón de **Matronas** más”

La evidencia es clara: por qué el mundo necesita un millón más de matronas

<https://internationalmidwives.org/es/la-evidencia-es-clara-por-que-el-mundo-necesita-un-millon-mas-de-matronas/>

UN LLAMAMIENTO MUNDIAL POR UN MILLÓN DE MATRONAS MÁS

↓ FIRMA LA PETICIÓN

FIRMA LA PETICIÓN

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

La plenitud
de ser *mujer.*

NUEVO

Probiótico
vaginal
Medicamento



INTIBIOTICS[®] vaginal

Lactobacillus plantarum P 17630

Normaliza
la microbiota
alterada¹

6 Días de
tratamiento¹

PVP IVA
19,78€



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

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



lab-seid.com

1. Ficha técnica INTIBIOTICS[®] vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras.
https://datos.saneps.es/cima/Noticia/0/994033/PT_084033.html

SEID diciembre 2022

INVITACIÓN

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



¿Cuáles son tus reivindicaciones?

¿Conoces situaciones no deseables?

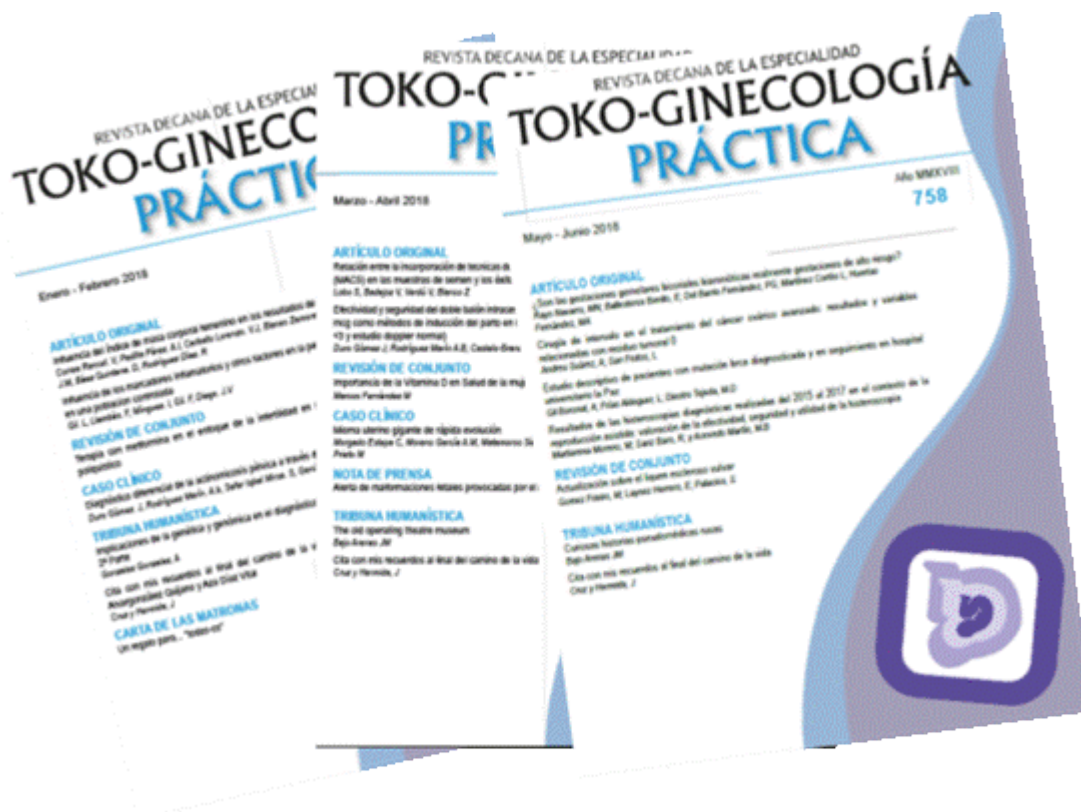
¿Tienes alguna noticia que quieras compartir?

¿Quieres contarnos alguna experiencia humana relevante?

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



¿A QUÉ ESTÁS ESPERANDO?



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

infomatronas@gmail.com

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

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

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

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

SUMARIO

Editorial

Originales

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

Revisiones

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

Caso clínico

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

Echando la vista atrás

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

Entrevista

Entrevista a Juana M^a Vázquez Lara

Agenda

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

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

DAE EDITORIAL



MATRONAS INVESTIGADORAS PREMIADAS

Por el trabajo
“Atención al parto en
presentación
podálica en el medio
extrahospitalario”



Los investigadores y profesores de la Facultad Ciencias de la Salud de Ceuta de la Universidad de Granada Luciano Rodríguez Díaz, Juana María Vázquez Lara, Francisco Javier Fernández Carrasco, Ana María Antolí Jover y junto a José Juan García-Iglesias y Jesús Gómez-Salgado, estos últimos de la universidad de Huelva, han sido reconocidos por la Revista Española de Salud Pública con motivo de su 100 aniversario, en un acto que destaca las contribuciones más relevantes a lo largo de su trayectoria editorial.

El equipo de autores ha sido galardonado en la categoría de **“Artículos más descargados”**, que premia a los tres trabajos con mayor impacto entre los lectores. Su estudio, titulado **“Atención al parto en presentación podálica en el medio extrahospitalario”**, analiza los desafíos y particularidades de la asistencia a partos en los que el bebé se presenta de nalgas fuera del entorno hospitalario, abordando aspectos clave como la preparación del personal sanitario, la toma de decisiones en situaciones de urgencia y la importancia de protocolos específicos para garantizar la seguridad tanto de la madre como del recién nacido. El artículo también pone en valor la formación y coordinación de los equipos de emergencias como elementos fundamentales para mejorar los resultados en este tipo de intervenciones.

La entrega del premio tuvo lugar el 22 de abril de 2026 durante el acto conmemorativo del centenario, que se celebró en el Ministerio de Sanidad, en la Sala Ernest Lluch de Madrid. El evento reunió a profesionales, investigadores y colaboradores que han formado parte de estos cien años de historia de la publicación.

Este reconocimiento pone en valor el trabajo conjunto del equipo investigador, destacando la relevancia de sus aportaciones al conocimiento científico y su impacto en la mejora de la práctica sanitaria.

Disponible en:

Rodríguez-Díaz L, Fernández Carrasco FJ, García-Iglesias JJ, Antolí Jover AM, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara JM. Atención al parto en presentación podálica en el medio extrahospitalario: e202011143. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 30 de noviembre de 2020;94:12 páginas. Disponible en:

<https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/698>



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid



IV SEMINARIOS DE CINE, SALUD Y ÉTICA

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

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

Plazo de inscripción abierto hasta el 13 de enero

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



GRUPO DE APOYO DE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Talleres de lactancia materna.

Desde el Área de Cuidados de la Mujer del Hospital Universitario de Fuenlabrada se han organizado una serie de talleres de lactancia materna que se desarrollarán entre marzo y junio de 2026.

Los talleres de lactancia son espacios donde las madres pueden disfrutar de la experiencia de amamantar, compartir sus dudas, aprender técnicas y recursos, además de recibir y dar apoyo entre sus compañeras.

Esta iniciativa se enmarca dentro del compromiso del centro hospitalario con la lactancia materna.

Destinatario:

Dirigido a madres lactantes, familias y allegados.

Horario de 17:30 a 19:00 horas

Fechas

~~Miércoles 4 marzo~~

~~Miércoles 8 abril~~

Miércoles 6 mayo

Miércoles 3 junio

Horario de 17:30 a 19:00 horas

Lugar de celebración

Aula 1 de Formación en la 2ª planta del Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Cam. del Molino, 2, 28942 Fuenlabrada, Madrid, España

Inscripción en la actividad

Fecha de inscripción:
12 febrero 2026 a 03 junio 2026

Requisitos:

Inscripciones a través del correo: lactanciamaterna.hflr@salud.madrid.org

Actividad gratuita

HOMENAJE A LOS CUIDADOS: DOS MATRONAS QUE TEJEN RED EN INGENIO



El Ayuntamiento reconoce por el 8M a Nicolás Hernández y Alejandra Armas por convertir la consulta en un espacio de igualdad, escucha y comunidad

Hay premios que reconocen trayectorias y hay otros que colocan en el centro algo mucho más profundo: la importancia de los cuidados. Este año, el Ayuntamiento de Ingenio ha decidido que la distinción del 8 de Marzo por el Día de la Mujer no sea solo para dos profesionales sanitarios, dos matronas, sino para una manera de entender la vida y la salud. El pleno municipal aprobó por unanimidad conceder el reconocimiento a Nicolás Hernández Santana y Alejandra Armas Sosa por su compromiso con la igualdad y su impacto comunitario.

A menudo se asocia la figura de la matrona únicamente en el momento del embarazo y el parto. Ellos sonríen cuando escuchan eso. «Nos relacionan con el nacimiento, pero acompañamos todos los ciclos de la mujer», explica Alejandra. Desde la adolescencia hasta la menopausia, desde la anticoncepción hasta la incontinencia, desde el embarazo hasta el final de la vida. «La mujer busca ese espacio desde chiquitita y cada vez se ve más la necesidad de que haya más matronas en los centros de salud», reconoce.

Nicolás lo comparte. Para él, la consulta no es solo un acto clínico: «Es un espacio de cuidado, de escucha, sin juicio. Cuando conoces a la matrona, le cuentas cualquier problema. Al final se hace red». Esa red es, precisamente, la que ha dado forma a los proyectos que ambos impulsan en el municipio. Porque su trabajo no empezó de cero. Aunque llevan cuatro años y medio trabajando en los centros de salud de El Carrizal e Ingenio, comparten una trayectoria previa de casi 15 años en el Hospital Materno Infantil. «Aterrizamos juntos aquí, pero ya veníamos con una base muy sólida», recuerdan.

La clave: la escucha

Una de las claves de su éxito ha sido escuchar. «A veces las instituciones diseñan planes de salud sin contar con la población. Como microgestor sanitario, cuando llevas una consulta, la direccionalidad tiene que estar puesta en el otro lado. Tiene que haber una necesidad expresada, sentida y real», explica Nicolás.

De ahí surgieron los grupos de lactancia y crianza abiertos al municipio y, más tarde, el grupo de padres con corresponsabilidad positiva, en colaboración con la Asociación Bientratar. Se trata de espacios donde se habla, se ríe, se llora y se aprende. Donde los hombres dejan de ser satélites para convertirse en algo vertebral de la familia.

«Cuando tú le das ese lugar a la pareja, todo cambia», asegura Nicolás. «No enganchan desde el deber, enganchan desde la necesidad». Y lo hacen. Se reúnen, hacen dinámicas, roleplay, comparten meriendas mientras los niños corretean. Se conocen. Se sostienen entre todos.

Alejandra lo dice con emoción: «Yo he sanado con ellos mi herida de posparto. No me sentí sostenida con mi pareja en su momento. Y ver que hay otras posibilidades, que hay hombres que quieren hacerlo diferente, me ha transformado».

Enamorados de la profesión

Ambos hablan de la profesión como algo que les ha salvado. Nicolás, formado como enfermero y especializado como matrn en el Reino Unido, regresó en 2009 a Gran Canaria. Durante más de una

década trabajó en el paritorio del Hospital Insular, acompañando partos hospitalarios y domiciliarios, talleres y procesos de maternidad y paternidad consciente. En 2020 inició su etapa en El Carrizal buscando bajar el biorritmo y encontrar un entorno más cercano. Hace apenas unas semanas se trasladó al centro de salud de Guanarteme.

Cuando se le pregunta por qué eligió esta profesión, hace una pausa. *«Es una lectura retrospectiva. Crecí en un entorno mayoritariamente feminizado. Las mujeres me sostuvieron en momentos en los que no me sentía incluido. Esta profesión ha sido una devolución. Me ha salvado como persona. La elegiría mil veces»*, apunta.

Alejandra, matrona desde hace más de veinte años, también habla desde la emoción y reconoce que está enamorada de esta profesión. Su madre quiso ser matrona y no pudo. Su hermana lo es. *«Yo siempre quise cuidar. Estaba rodeada de muñecos»*, recuerda entre risas. Tras su paso por el Hospital Universitario Materno Infantil, recaló en el centro de salud de Ingenio, donde coordina los grupos de preparación a la maternidad y paternidad consciente. El embarazo, el parto y la crianza pueden sanar heridas si identificas lo que duele, explica. Ella misma lo ha vivido. *«Me siento súper privilegiada de poder acompañar esos procesos»*, añade.

Reconocimiento al cuidado

Para ambos, el reconocimiento municipal que recibirán el próximo viernes tiene un valor simbólico enorme. *«Es colocar el cuidado en el lugar que le corresponde»*, dice Nicolás. *«El cuidado está en todo»*, apunta, cuando ayudas a un vecino, cuando acompañas a tu madre enferma, cuando alguien te escucha, detalla.

El concejal de Igualdad y Diversidad, Óliver Navarro, destacó en el pleno que su trayectoria integra no solo atención sanitaria, sino también acompañamiento comunitario y compromiso con la igualdad. Porque al final, como ellos mismos repiten, nada de esto existiría si la comunidad no lo pidiera. *«Nosotras damos forma, pero la necesidad nace de la gente»*, insisten, sin querer restar méritos.

Nicolás destaca que con este reconocimiento se ha entendido que el cuidado no es un discurso, sino compromiso, presencia y coherencia. *«Ni Alejandra ni yo nacimos en Ingenio o en El Carrizal. Pero elegimos cuidar aquí. Y cuando uno acompaña la vida de tantas familias, cuando escucha sus historias, sus miedos y sus ilusiones, terminas perteneciendo a ese lugar de una forma que no depende del origen, sino del vínculo»*, apunta.

«Desde ese vínculo, la igualdad y la diversidad dejan de ser palabras formales. No son conceptos que pronuncio por responsabilidad institucional. Me atraviesan. Vienen de una infancia en la que, en ocasiones, eché en falta espacios donde ser diferente fuera sencillo, donde no hubiera que medirse o explicarse. Quizá por eso entendí pronto que mi consulta tenía que ser un espacio seguro. Un lugar donde cada mujer, cada familia, pudiera sentirse reconocida tal y como es», añade. Por ese motivo, asegura *«este reconocimiento no es mío. Es de ellas. Es de Alejandra. Es de cada familia que me ha permitido acompañarla»* detalla.

En tiempos de prisas y protocolos, sus consultas siguen siendo un espacio donde se habla despacio, donde caben las dudas y donde los hombres aprenden a sostener y las mujeres a soltar culpas. Donde se teje red.

Fuente: Canarias 7



Actualización sobre la Directiva de la UE sobre partería

17 de marzo de 2026

Estimados miembros:

Como saben, durante los últimos 20 meses hemos colaborado estrechamente con ustedes y nuestras organizaciones asociadas para promover que las actualizaciones de la Directiva de la UE sobre partería se ajusten a las normas internacionales.

Hemos llevado a cabo un amplio proceso de consulta para elaborar un Texto Conjunto Propuesto, en el que se invitó a participar a todas las asociaciones miembros durante 2024 y 2025. Nos complace confirmar que el Texto Conjunto Propuesto para las actualizaciones de la Directiva se ha finalizado y presentado a la Comisión Europea. Además, las asociaciones miembros de al menos 19 países han compartido el documento con sus autoridades nacionales, lo que representa el 60 % del total de países.

Durante todo el proceso de elaboración, nos esforzamos repetidamente por involucrar a las organizaciones europeas pertinentes y crear oportunidades reales de diálogo. Nos enorgullece la transparencia, la inclusión y la flexibilidad que caracterizaron este proceso. El Texto Conjunto Propuesto es un consenso y nunca será perfecto para todos los países u organizaciones. Al mismo tiempo, todos somos conscientes de la urgencia y de los plazos de la Comisión, así como de la imperiosa necesidad de avanzar unidos y con una sola voz.

El Texto Conjunto Propuesto ha sido aprobado por la Junta del Foro Europeo de Asociaciones Nacionales de Enfermería y Obstetricia (EFNMA) y refleja las aportaciones recibidas tras un periodo de consulta con los delegados de la Asociación Europea de Matronas, después de la votación celebrada en Riga en octubre de 2025.

El texto propuesto conjunto para la actualización de la Directiva ya está finalizado y nos complace avanzar con una sólida coalición y un mandato claro.

Como hasta ahora, continuaremos con nuestras reuniones de coordinación quincenales y el grupo de WhatsApp de incidencia política para compartir actualizaciones entre organizaciones de forma transparente y colaborativa, aprendiendo unas de otras para seguir trabajando colectivamente hacia una Directiva que refleje los estándares internacionales.

Este es un momento importante para la profesión de matrona en Europa, y nos exige ser audaces y visionarias, estableciendo un marco para el crecimiento de la profesión durante los próximos 15-20 años. Gracias por compartir su experiencia y por su compromiso para garantizar que las matronas puedan brindar a las mujeres y familias la atención más integral en toda nuestra región.

Al hablar con una sola voz ante la Comisión Europea, confiamos en que nuestra incidencia política tendrá un impacto significativo y positivo.

Atentamente

International Confederation of Midwives
La Confédération Internationale des sages-femmes
Confederación Internacional de Matronas

Anna af Ugglas

Chief Executive

Koninginnegracht 60
2514 AE ZH
The Netherlands

+31 (0) 70 3060520
info@internationalmidwives.org
www.internationalmidwives.org

LAS MATRONAS DE SEVILLA ATIENDEN A 70 VÍCTIMAS DE MUTILACIÓN GENITAL EN EL ÚLTIMO AÑO



Un proyecto piloto pionero en el Distrito Sevilla busca sistematizar la detección, valoración y acompañamiento integral de mujeres y niñas afectadas, conectando Atención Primaria con asociaciones y ONG para ofrecer un abordaje sanitario y socioeducativo. Por su parte, el Hospital Macarena realiza su primera reconstrucción genital a una víctima de la mutilación femenina.

La escena se repite en cualquier centro de salud. Una mujer llega a su cita en Sevilla para una revisión ginecológica o para el seguimiento de su embarazo. En la agenda figura una consulta rutinaria, nada que haga pensar que, después de la exploración, pueda surgir una conversación difícil. Pero a veces ocurre. La matrona detecta signos de mutilación genital femenina. En algunas ocasiones es la propia paciente quien lo menciona. En otras, el silencio pesa más. Y es ahí cuando empieza un trabajo que va mucho más allá de la atención médica.

La matrona Vanessa Mata, coordinadora de Solidaridad Enfermera Sevilla, está al frente de este proyecto. Explica que hasta ahora muchas de estas situaciones se registraban principalmente a través de organizaciones sociales. *"La idea es que el propio sistema público pueda ofrecer una valoración completa de la salud de estas mujeres, registrarla en su historia clínica y coordinar la atención con el resto del equipo sanitario: médicos, psicólogos o pediatras"*, señala.

El proyecto funciona como una fase de prueba para estudiar cómo podría integrarse de forma estable en el Servicio Andaluz de Salud (SAS). En cada caso se documentan las necesidades médicas, el apoyo psicológico o la coordinación con las asociaciones que acompañan a las pacientes. Si los resultados confirman que el modelo funciona, podría servir de base para implantar un programa oficial de atención integral a supervivientes de MGF en Andalucía.

Los primeros datos muestran además que algunos centros de salud atienden más casos que otros, especialmente en zonas con mayor población procedente de países donde esta práctica sigue presente, como Somalia, Gambia o Mali. Este mapa permite ajustar mejor los recursos, reforzar la formación de los profesionales y asegurar un seguimiento adecuado de las pacientes.

Cómo funciona el circuito de atención.

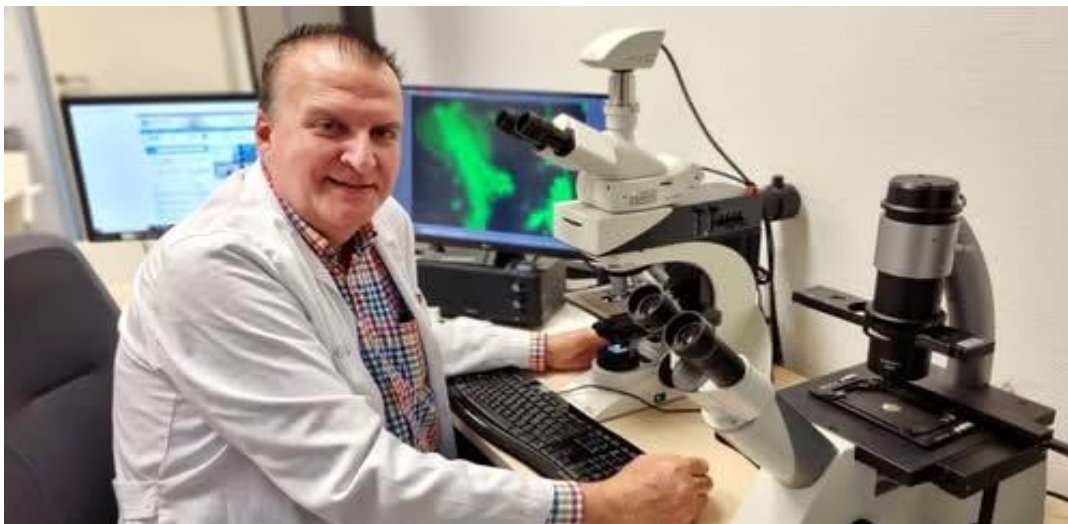
El proyecto nació de la experiencia directa de varias matronas de Atención Primaria, coordinadas por Rafaela Fernández Domínguez. *"Nos dimos cuenta de que muchas mujeres que llegaban derivadas por asociaciones de acogida no encontraban profesionales con formación específica para atenderlas"*, explica. *"Decidimos cubrir esa necesidad desde nuestras consultas"*, afirma.

En la práctica, son las propias asociaciones las que gestionan las citas con las matronas participantes. Durante la consulta se realiza una valoración completa que va desde la detección del tipo de mutilación hasta revisiones ginecológicas habituales, pruebas para infecciones de transmisión sexual o programas de prevención del cáncer de cérvix.

Pero, según subraya Fernández Domínguez, la parte médica es sólo una parte del proceso. *"Lo esencial es generar confianza, explicar con calma lo que ocurre y acompañar a la mujer en todo el proceso"*, sostiene.

La atención exige también una mirada sensible hacia el contexto cultural y el trauma que muchas de estas mujeres arrastran. *"No hablamos solo de una exploración ginecológica. Muchas han vivido experiencias muy duras: mutilación en la infancia, matrimonios forzados o situaciones de violencia durante la migración"*, señala. Por eso, añade, prefieren referirse a ellas como supervivientes y no únicamente como víctimas.

FALLECE EL DR. CARLOS LÓPEZ RAMON Y CAJAL, PIONERO EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y GENIO INVESTIGADOR



Hace pocos días nos enteramos, con enorme pesar, de la triste noticia del fallecimiento del Dr. Carlos López Ramón y Cajal, Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Área Sanitaria de Vigo durante los últimos 20 años.

El Dr. López Ramón y Cajal inició su andadura como especialista en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Xeral de Vigo en 1988, tras su período de formación como médico interno residente en el Hospital Clínico Universitario de la Laguna, en Tenerife.

Desde el principio de su carrera destacó por su gran capacidad de trabajo, por su enorme iniciativa y por su capacidad de innovación, convirtiéndose en el pionero del Diagnóstico Prenatal y de la Medicina Materno-Fetal en nuestra Comunidad Autónoma. Introdujo diversas técnicas de diagnóstico prenatal, que difundió, con enorme generosidad, transmitiendo sus conocimientos y facilitando su aprendizaje a profesionales de toda Galicia y del resto del país.

Fue el primer profesional en realizar procedimientos de cirugía fetal en España, con el tratamiento intrauterino de procesos cardíacos fetales de gran complejidad, con los escasos medios tecnológicos con los que se podía contar a finales de los ochenta.

Sus logros le llevaron a trabajar en Detroit con Roberto Romero, autoridad mundial en el campo de la Medicina Materno-Fetal, que lo incorporó a su equipo de investigación. Asimismo, sus valiosos conocimientos contribuyeron al desarrollo de sistemas avanzados de ultrasonidos, a través de la colaboración con equipos de ingenieros especializados en este campo en Estados Unidos.

Toda esta trayectoria profesional le llevó a acceder a la Jefatura de Sección de Diagnóstico Prenatal en 1999, y posteriormente a la Jefatura de Servicio desde el año 2006, liderando desde entonces la modernización del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Su curiosidad innata le llevó a desarrollar una importante faceta investigadora, que plasmó en ponencias en Congresos y publicaciones en revistas de relevancia nacional e internacional, describiendo aspectos inéditos de la vida fetal.

Su compromiso con la Sanidad Pública fue siempre absoluto e inquebrantable, demostrado a través de la permanente atención a sus pacientes, acudiendo al hospital a cualquier hora del día o de la noche para el tratamiento urgente de patologías materno-fetales.

Maestro en la ecografía obstétrica y el Diagnóstico Prenatal, fue capaz de infundir en sus compañeros el amor por la Obstetricia e inculcarles el máximo respeto a las pacientes, por encima de intereses personales o corporativos.

Persona de vastos conocimientos y de gran espíritu crítico, no dudaba en defender sin complejos sus observaciones e impresiones, huyendo siempre de modas pasajeras cuando él entendía que no conducían a mejorar la salud de las pacientes, aun sabiendo que no siempre iba a ser entendido

Hubiera pasado desapercibido para las matronas de fuera de su entorno, si no hubiera acometido la formación en el uso de la ecografía, para las matronas de Vigo. El proyecto de introducir a las matronas a hacer ecografías empezó por la solicitud de formación en Kenia, un país en que al igual que la mayoría del continente africano y del resto del Tercer Mundo, el 80% de la atención al parto la prestan las matronas. Carlos López Ramón y Cajal, jefe de Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), tuvo la idea de dar un curso intensivo y corto en Vigo para esas matronas de las que el mismo afirmaba "Necesitan herramientas útiles, allí dar a luz es un riesgo vital". Pero surgieron problemas de burocracia legal. Se demoró el proyecto y decidieron empezar con las matronas gallegas con la idea de, en el futuro, ir a Kenia a formar a las matronas de allí. Su decisión le costó todo tipo de presiones mientras siguió defendiendo que la matrona utilizara la ecografía para ejercer su función añadiendo que se trataba de darles una tecnología que les ayude a hacer su trabajo.

Así fue que llegó a la Asociación Española de Matronas la petición del Dr. López solicitando nuestro aval para aquella iniciativa con vistas a la reunión que se celebraría entre la Subdirectora General de Planificación Asistencial de la Dirección de Asistencia Sanitaria del Sergas, representantes de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad Gallega de Matronas. (Director General de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Subdirector General de la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa.

Como cabía esperar la Asociación Española de Matronas dirigió por carta a los representantes del Sergas, el apoyo decidido de la Asociación junto con un dossier en el que describía pormenorizadamente el Marco Legal de la actuación de la matrona.

Con profundo pesar, le damos la despedida con toda nuestra gratitud y admiración D.E.P.

Más información sobre el problema mencionado en el Artículo editado en nuestra revista "Matronas Hoy" titulado, Matronas ecografistas: una de las profesiones más recientes, practicada por la profesión más antigua del mundo.

Disponible:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/152/matronas-ecografistas-una-de-las-profesiones-mas-recientes-practicada-por-la-profesion-mas-antigua-del-mundo/>

Fuente: Faro de Vigo

CAMPAÑA EN PRENSA EN DEFENSA DE LA ECOGRAFÍA PARA MATRONAS LIDERADA POR CARLOS LÓPEZ RAMON Y CAJAL

200 matronas aprenden a hacer ecografías a embarazadas

Ramón y Cajal considera "ofensivo" que se dude de la capacidad de estas profesionales

r. suárez. vigo rsuarez@atlantico.net

Publicado: 27 Feb 2015 - 10:05 — Actualizado: 28 Feb 2015 - 04:45



Ginecología forma a matronas para realizar ecografías de apoyo

En el curso del servicio del Chuvi se presentará por primera vez en España ecógrafos tablet y un simulador de ecografía fetal



López Ramón y Cajal. // R. Grobas

22 FEB 2015 3:56

"Es hacer lo mismo, pero con útiles de hoy"

El jefe de Ginecología del Chuvi inicia con 35 matronas la formación en ecografías de apoyo



El simulador

27 FEB 2015 2:41

Te puede interesar

CHURASQUERO BESTSELLER COLUMBIA REBAJADO
El chubasquero bestseller de Columbia muy rebajado - CompralMejor.es...
2025-09-20

GENTE
La actriz Ruby Rose acusa a Katy Perry de agredirla sexualmente...
2026-04-13

VIDA Y ESTILO
Dra. Ana María Fernández Villar: "La detección precoz de la Hemoglobina..."
2026-03-27

VIGO

Las matronas de centros de salud harán ecografías para seguir el embarazo

ÁNGEL PANIAGUA
VIGO / LA VOZ



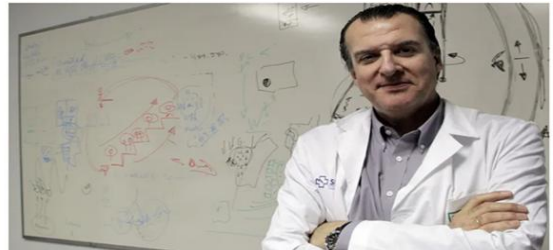
M. MORALEJO

Las enfermeras especializadas en gestación se forman con un ecógrafo portátil conectado a una tableta

VIGO

«No hay riesgo alguno en que las matronas hagan ecografías»

ÁNGEL PANIAGUA
VIGO / LA VOZ



M. MORALEJO

Ha rebautizado la prueba como sonografía para evitar suspacias

08 mar 2015 / Actualizado a las 13:06 h.

VIGO

Los colegios médicos españoles avalan que las matronas hagan ecografías

ÁNGEL PANIAGUA
VIGO / LA VOZ



M. MORALEJO

La institución provincial no ve los problemas legales que denunciaron algunos colectivos de facultativos

MADRID EXPRIME A SUS MATRONAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MENOS DE 300 PARA ATENDER CUPOS DE HASTA 20.000 DE CARTILLAS



Info
MATRONAS

“La falta de cobertura en vacaciones o ante una baja provoca que muchas mujeres se queden sin la asistencia necesaria, ya que la consulta cierra o, en el mejor de los casos, otra compañera debe hacerse cargo de esta”, informan desde SATSE

La Comunidad de Madrid exprime a sus matronas de Atención Primaria, son menos de 300 profesionales para atender cartillas de hasta más de 20.000 pacientes en los centros de salud. Así lo denuncia el Sindicato de Enfermería de la región. Esta Semana Santa es el ejemplo de otras vacaciones más en las que los ambulatorios trabajan al límite y la asistencia a la salud sexual y reproductiva femenina merma, un problema que arrastra el sistema sanitario desde hace años. Con cada vez más tareas en el primer nivel asistencial, estas profesionales lamentan no llegar a atender todas las competencias para las que están formadas, quedando más relegadas a la esfera reproductiva sin asistir con la calidad que les gustaría el resto de las tareas que las atañen como la lactancia, el puerperio, el periodo infértil, la educación sexual o la detección de la violencia de género. Desde el Sindicato de Enfermería insisten en que la escasez de estas especialistas limita la realización de los proyectos diseñados por la Consejería de Sanidad. ***“Muchas trabajadoras piensan que desde el Gobierno autonómico se quiere acabar con la matrona en los centros de salud”,*** trasladan. Son pocas, pero indispensables para llevar a cabo los numerosos programas de cribado implementados en Atención Primaria y en los que son ellas el eje sobre el que pivotan. ***“La falta de cobertura en vacaciones, ante una baja o simplemente el disfrute de un día libre, provoca que muchas mujeres se queden sin la asistencia necesaria, ya que la consulta tiene que ser cerrada o, en el mejor de los casos, es otra compañera la que debe hacerse cargo de esta”,*** informan.

Entre los programas de cribado en los que resultan de vital importancia se encuentran los de detección precoz de cáncer de mama y cérvix, además del denominado **Tarde Joven**, una consulta en Atención Primaria dirigida a mejorar la información sobre salud sexual y reproductiva entre la pobla-

ción de 14 a 25 años de edad. **“Pero la política de la Consejería de Sanidad, y por ende del Gobierno de Isabel Díaz Ayuso, es limitar la contratación de estas profesionales”**, apuntan desde el sindicato tras explicar que el aumento de la plantilla repercute directamente en la retribución que perciben el resto de matronas, ya que, si se contrata otra profesional, sus compañeras verán reducido su sueldo. Si llega una trabajadora más al equipo, el complemento salarial se reparte. Así lo explica la matrona de Atención Primaria María Sanz: **“¿Qué ocurre cuando contratan a una compañera nueva en los centros de salud para que en vez de atender 30.000 pacientes atendamos 15.000? Pues que el sueldo se ve limitado entre 180 y 250 euros porque cobramos por población asignada”**. Desde la Consejería de Sanidad indican que esta es una condición que aplica a todos los profesionales de los centros de salud, pero que cobran el complemento de ruralidad.

“Hay matronas que tienen más de 20.000 cartillas asignadas, cuando los médicos difícilmente llegan a 2.000”, señalan desde el sindicato tras mostrar su preocupación porque no se encuentran especialistas en obstetricia y ginecología que estén dispuestas a trabajar en el Servicio Madrileño de Salud”. Denuncian presión asistencial, listas de espera que pueden llegar a los dos meses y una ausencia de beneficio salarial acorde a la responsabilidad.

Sanz, tacha el sistema de perverso: “Tenemos muchísima población que no podemos atender, meten a otra persona de refuerzo y la lista de espera baja, pero no se sigue asistiendo bien y, además, merma el salario”. Necesitan más apoyo, pero no creen que este tenga que ir acompañado de un recorte retributivo. Desde la Consejería de Sanidad consideran que las quejas del sindicato no se ajustan a la realidad “de la gran consideración profesional que la Comunidad de Madrid otorga a las matronas ni al importantísimo papel que en los centros de salud de Atención Primaria desempeñan en la salud sexual de las mujeres de la región”.

Según indican, desde 2023 han aumentado un 14% su actividad asistencial en este ámbito. También su papel en el seguimiento de embarazos y pospartos. Aseguran que los cribados para la detección precoz en los que participan estas profesionales no corren ningún peligro. “El propio Ministerio de Sanidad reconoce que la Comunidad de Madrid está por encima de la media de España en cuanto al número de matronas en el sistema público sanitario”, alegan.

Presumen de poner en marcha desde 2023 Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica con más plazas de matronas, además de recuperar en 2025 su formación teórica presencial. La consejera de Sanidad, Fátima Matute, indicó el martes a los medios que la plantilla ha aumentado en más de 100 trabajadoras desde 2010, de las que 18 se han incorporado en el último año. Como ya hizo el pasado jueves con la profesión de Enfermería, anunció que las matronas pasarán también a ser categoría deficitaria para aplicar medidas específicas con la intención de seguir cubriendo plazas, además “de las mejoras retributivas que hay”.

Sanz, recalca que en el último trimestre los partos en la Comunidad de Madrid han aumentado entre un 4% y un 5%. Si la población se incrementa, su presión asistencial también. “Las pacientes que atendemos son más complejas y no solo nos centramos en el embarazo, también en los recién nacidos y en la menopausia, que ahora hay un volumen importante de mujeres que están en ese periodo”, indica en referencia al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento poblacional. Refiere que ella y sus compañeras se sienten desbordadas ante la implantación del plan de prevención de cáncer de cérvix.

“No es raro entonces que, por ejemplo, tengamos que decir ‘no’ a jóvenes que refieren tener síntomas compatibles con enfermedades de transmisión sexual, ya que su seguimiento sería imposible”, explica una matrona, que prefiere mantenerse en el anonimato. Dice tener más de 14.000 tarjetas asignadas y citas disponibles solo a partir de mediados de mayo. “En estos casos derivamos a otros recursos asistenciales para que resuelvan, aunque realmente deberíamos hacerlo nosotras”, aclara.

Abandono de la profesión

Las citas y las acciones estipuladas son difíciles de asumir en muchos centros de salud con el personal disponible. **“No solo atendemos a mujeres en un periodo de edad determinada, también a niños lactantes, a padres en talleres de preparación al parto o a adolescentes en materia de educación sexual, pero no cobramos por la asistencia a esa población”**, protesta Sanz. Muchas de sus compañeras abandonan la profesión. **“Creen que sale más rentable económicamente trabajar como enfermeras sin especialidad”**, señalan desde el sindicato.

La falta de estas especialistas es un problema que se extiende a nivel nacional y se arrastra desde hace décadas, cuando en 1987 se cerraron las Escuelas de Matronas porque España se sumó a la Comunidad Económica Europea y tuvo que adaptar sus formaciones al considerarse algunas de ellas obsoletas. Pero hasta 1992, que se estipuló la obligatoriedad de realizar la especialización tras cursar Enfermería para ejercer la profesión, hubo un parón. En 1994 volvieron al mercado laboral. Fueron siete años sin nuevas tituladas.

La Comunidad de Madrid está marcada por una autonomía limitada y un desarrollo desigual de las competencias profesionales. Pone de relieve la presencia deficitaria de estas especialistas en dispositivos de salud sexual y reproductiva e indica que su trabajo se concentra en paritorios, plantas obstétricas y urgencias, mientras que su participación en consultas de planificación familiar, climaterio, fertilidad o salud sexual especializada es más deficitaria. En la valoración global, la región figura con avances parciales y una fuerte heterogeneidad interna entre áreas sanitarias.

Fuente: EL PAIS

SATSE Madrid aboga por un drástico cambio del papel que juega la Atención Primaria en el Sermas

- «Sin centros de salud fuertes, el sistema sanitario madrileño colapsará».
- La presidenta Ayuso afirma que los centros de salud son la puerta de entrada al sistema sanitario pero los infra dota al negarles la plantilla de enfermeras, matronas y fisioterapeutas necesaria para que cumplan su función.

El sindicato advierte del "colapso" del sistema sanitario

Satse alerta de la falta de 3.500 enfermeras en Madrid

Satse Madrid ha advertido este viernes del "colapso" del sistema sanitario madrileño sin unos "centros de salud fuertes" y ha alertado de que actualmente son necesarias más de 3.000 enfermeras, cerca de 500 matronas y casi 1.500 fisioterapeutas para cumplir las ratios que recomiendan los organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS).



Matronas al límite: “Somos el profesional peor tratado y las mujeres lo pagan”

La falta de personal no solo se traduce en listas de espera: en muchos casos implica, directamente, consultas cerradas





SATSE DENUNCIA LA FALTA DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE SANIDAD DE LAS FUNCIONES DE LAS MATRONAS

Real Decreto 239/2026, de 25 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. La nueva norma elaborada por el Ministerio de Sanidad sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios supone un retroceso en el avance y desarrollo profesional de las matronas.

Hemos denunciado que la nueva norma sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios supone un retroceso en el avance y desarrollo profesional de las matronas, porque no recoge de forma completa y adecuada las competencias profesionales de estas enfermeras especialistas.

Desde el Sindicato presentamos alegaciones al Real Decreto por el que se modifica el anterior que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, para adecuar esta norma a las competencias y funciones de las matronas, pero no fueron tenidas en cuenta por el Ministerio de Sanidad.

Según SATSE, al “hacer oídos sordos” a las propuestas de la organización sindical en la fase de audiencia pública de la norma, el departamento dirigido por Mónica García ha perdido una “inmejorable oportunidad” para reconocer y visibilizar el trabajo de las matronas en las unidades y servicios de los centros y dispositivos sanitarios.

Competencias

Unas profesionales que, según establece la normativa estatal y europea que tiene que ver con las competencias, cualificaciones y habilitaciones profesionales, tienen autonomía técnica y científica para el ejercicio de las competencias que les son propias, lo que incluye la dirección y liderazgo en los procesos de atención al embarazo, parto y posparto normales, y que se encargan de la atención integral a la salud de la mujer, abarcando, no solo la etapa reproductiva maternidad, sino también la salud ginecológica y sexual, durante toda su vida incluyendo la etapa del climaterio. En concreto, desde SATSE se demandó que, cuando se define la Unidad de la Enfermería obstétrico-ginecológica, se apuntase que, además de ser la responsable de desarrollar funciones y actividades destinadas a prestar atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, y al recién nacido, la matrona se encarga del asesoramiento sobre planificación familiar y colabora también en los procesos ginecológicos, muchos de ellos patológicos.

“Se ha introducido una Unidad específica de planificación familiar (U. 33), y se ha obviado el papel de la matrona, determinando que esta unidad asistencial, a pesar de ser multidisciplinar, se encuentra bajo la responsabilidad exclusiva de los especialistas médicos en Ginecología y Obstetricia o de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria”, asevera.

Actualización

También se propuso desde el Sindicato que en la definición de la Unidad de Ginecología se aclarase que el médico especialista en Obstetricia y Ginecología es responsable de realizar el estudio, diagnóstico y tratamiento de patología inherente al aparato genital femenino y la mama, junto con

otros profesionales sanitarios que actúen en el ámbito y competencias indicadas en el programa oficial y de su especialidad, como es el caso de la matrona.

“La incorrecta e insuficiente actualización de esta norma por parte del Ministerio de Sanidad impacta directamente en la práctica profesional de las matronas y en la visibilidad de sus competencias dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud”, apuntan desde la organización sindical.

Plantillas insuficientes

La falta de un reconocimiento adecuado a las competencias y funciones de las matronas se suma a la insuficiencia de plantillas que existe en todas las comunidades autónomas, especialmente, en el ámbito de Atención Primaria, y que SATSE viene denunciando de manera permanente en los distintos foros de negociación con las administraciones públicas responsables.

Según el informe **“Situación actual y estudio de necesidades de enfermeras en España 2024”**, elaborado por el Ministerio de Sanidad, un total de 2.291 matronas estaban trabajando en Atención Primaria del SNS en 2022 (último año disponible), por lo que, atendiendo a la población femenina existente en nuestro país, hay solo una matrona por casi 11.000 mujeres.

Fuente: SATSE

EL PARLAMENT DE BALEARES TUMBA LA PROPUESTA DEL PSIB SOBRE MATRONAS



El Parlament de las Islas Baleares ha rechazado este martes varios apartados de **la proposición no de ley** impulsada por el PSIB-PSOE, centrada, en el reconocimiento profesional de las matronas.

Los votos en contra de PP y Vox han sido determinantes para derribar estos puntos de las PNL durante el pleno, después de que en la comisión parlamentaria correspondiente se produjera un empate que obligó a elevarlas al hemiciclo.

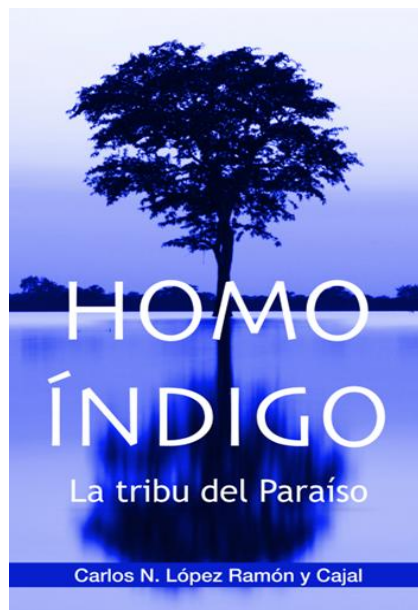
En relación con la PNL relativa a las matronas, no ha prosperado la petición al Govern de que impulse el reconocimiento de la categoría profesional, adecuándola al decreto de Bolonia y pasando del grupo A2 al A1, así como la propuesta de facilitar la asignación de matronas integradas de forma estructural en los equipos de los centros de atención primaria.

La iniciativa socialista, entre otros aspectos, también reclamaba aumentar la plantilla de estas profesionales para poder reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además de la elaboración de un plan estratégico de ámbito nacional para el refuerzo de la profesión de matrona.

Fuente: Demócrata

HOMO INDIGO. La tribu del Paraíso.

Enero 2026
Carlos N. López Ramón y Cajal



El reciente fallecimiento del Dr. Carlos Nicolás López Ramon y Cajal, noticia que introdujimos en esta revista, nos motiva a hacer un modesto homenaje de reconocimiento en el que incluir también su faceta como escritor, del que fuera sobrino bisnieto del premio nobel Santiago Ramón y Cajal. Este profesional de la medicina, hombre erudito, además de su ingente actividad asistencial, era un gran investigador y escribió desde 2012 que publicó su primera novela ,“Mozart Effect on Mozart”, hasta 2021, 4 novelas más: El expediente McCarthy , Homo Indigo . La Tribu del Paraíso, La maldición de la Isla de Kuk y La Orden de los acompañantes de almas. Hemos escogido de entre su bibliografía “Homo Indigo. La tribu del Paraíso”, un texto curioso y atractivo que mezcla imaginación y conocimiento para un libro de aventuras:

Año 2028. El doctor Jonathan Smith y la doctora Amanda Roth descubren que los niños concebidos mediante fecundación in vitro fallecen a los cincuenta años por un envejecimiento precoz. No había pasado ni una generación del primer ser humano creado en laboratorio en mil novecientos setenta y ocho. Jonathan viaja a India para descubrir un tratamiento que prolongue su expectativa de vida. Conocerá leyendas milenarias que encierran historias extraordinarias. Un conocimiento que se cuenta de padres a hijos exactamente como se escribió, transmitido desde donde alcanza la memoria y que llegará intacto al futuro. Vivirá intensos dilemas entre ciencia y religión que le harán dudar de sus creencias. Su mentor, el padre Walker, antropólogo y jesuita, le inicia en un mundo que reescribe la historia que conocía del hombre. Conoce a Ranjit, miembro de una tribu protegida por la primera comunidad cristiana de la historia, fundada por el apóstol Tomás en India. Ese pequeño, cambiará su vida.

Una travesía sorprendente que le permitirá reencontrarse con sus pensamientos más íntimos. Una aventura donde la religión sorprende a la ciencia abriendo las puertas de su corazón.

La historia de ficción transcurre en Varvala, una pequeña aldea cercana a la ciudad santa de Dwaraka en la India en cuyos alrededores, aseguraban que el mismísimo Dios Khrisna pasó su juventud entre sus pobladores como pastor de vacas. De sus habitantes se decía que tenían acceso al saber universal, ese nivel de conciencia donde se acumula todo el conocimiento. No era un poblado más. Era la aldea de los “índigos”. Apenas se relacionaban con otras tribus o habitantes de ciudades vecinas. Sin embargo, todos escondían su existencia, tanta sabiduría podría ser deseada por castas ambiciosas o peligrosas sectas del mal... Todo empieza con un parto “heroico”.....

Redacción



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

Un estudio biográfico, notas y aclaraciones
Por el doctor ACHILLE CHEREAU

INSTRUCCIONES A MI HIJA

“Hija mía, las excelencias de todo lo que se ve en el mundo provienen de diferentes países; quienes han viajado pueden hablar de ellas de manera diferente a quienes solo han leído o escuchado.

Por lo tanto, te diré que toda persona con discernimiento debe conocer todo lo bueno del lugar de donde proviene, para que pueda hablar de ello con certeza y dar cuenta a quienes tengan la curiosidad suficiente para querer saber.

Te exhorto a que seas cuidadosa, a que investigues con exactitud todo lo que es tuyo. Por lo tanto, te diré de dónde eres y también, para que puedas seguir mis preceptos y conocer tu país. Encontrándome embarcada en un hogar, agobiada por los hijos, abrumada por la guerra y la pérdida de bienes, la sabia Fanerote, madre de aquel gran filósofo Sócrates, se compadeció de mí, me consoló y me aconsejó que abrazara sus ciencias, haciéndome creer que todo obraría para mi bien si le creía; que, por ella, de quien yo sería hija adoptiva, todos los discípulos de su hijo Sócrates me serían favorables; que mi esposo, que practicaba los trabajos manuales de la cirugía, me guiaría. Como Lucina, diosa del parto, celosa del honor, viendo que Fanerote me había concedido tales favores, envidiosamente me concedió los suyos, me enseñó la manera correcta de proceder en tales asuntos y a imitarla en su vestimenta. Y ella ordenó a Mercurio, con todo el poder que los dioses le habían otorgado, que me guiara a los lugares más ilustres de este Reino, incluso al nacimiento de las estrellas que iluminaban



Francia y España, y otros grandes reinos de la cristiandad.

Considera, hija mía, lo que puedes llegar a ser superior a mí, siendo nieta de Fanerote, discípula de Lucina, amante de Mercurio, porque Lucina se ha unido a tu madre.

Naciste en la práctica que esta sabia me enseñó, y cinco meses antes del nacimiento de la estrella más hermosa que nació en cien años en Francia, donde Mercurio me guió en los desiertos de Fontainebleau, gracias a la intervención de los sabios seguidores de Sócrates. Haciéndote capaz de su benevolencia, ciertamente no te faltará, especialmente porque eres hija de buena familia: un médico está casado con tu hermana, tu esposo estudia para serlo; uno de tus hermanos, farmacéutico, tu padre es cirujano y yo soy partera; toda la profesión médica está en nuestra casa. Debes recordar que nadie jamás te indujo a dedicarte a esta profesión; al contrario, al verte decidida a hacerlo, te señalé todas las dificultades que podrías encontrar; quien debe hacerte comprender que solo Dios te ha llamado a esto a una edad no común a todas las que se dedican a ello, para hacerte admirable, si posees tres partes, sin las cuales no serías más que un mero aborto de todas las ciencias requeridas para tal arte.

Debes tener el temor completo de Dios, del cual fluirán para ti toda clase de bendiciones, caridad completa y el deseo extremo de hacer el bien; a fin de que en tu



arte puedas imitar a ese gran médico Duret, quien, antes de los veintidós años, fue recibido con admiración por todos los médicos de aquella famosa Escuela de París. Y que se diga de mí como se decía de su padre: que había instruido bien a su hijo. Para pintar un bello retrato, se necesitan varios pinceles y varios colores.

Cuando aquellos que han viajado extensamente instruyen a sus seres queridos sobre los encuentros que han tenido y cómo escaparon de los peligros, las diversas costumbres y formas de los pueblos, caminan con un aire completamente diferente al de los demás, y pueden servir de guía para aquellos en cuya compañía viajan.

Aprende hasta el último día de tu vida, y para hacerlo fácilmente, se necesita gran humildad; porque los orgullosos no ganan los corazones, de aquellos que conocen secretos.

No te aventures en tu vida a experimentar con ningún remedio que te hayan enseñado, seas rica o pobre, a menos que estés segura de su calidad y de que no puede causar daño, ni al tomarlo ni al aplicarlo.

No ocultes los buenos remedios que conoces a los médicos y a las personas sabias; de lo contrario, serán considerados tan poco como charlatanes que se sirven de un remedio igual que de una simple reprimenda a los caballos y aun así afirman conocer maravillas y esconderse en todo lo que hacen.

Hay que hablar con franqueza de lo que se sabe y dar razones para ello.

Te resultará fácil, solo requerirá un pequeño esfuerzo; todo lo que sé lo adquieres sin dificultad.

No lo descuides. Aprovecha al máximo el talento que te dejo y haz que se diga de ti que eres más capaz que tu madre

Te diré, entonces, que lo que has emprendido es de maravillosa importancia, y que en este arte hay dos caminos fáciles a seguir: uno para salvarse y otro para condenarse; y el que lleva al Paraíso es más fácil de seguir que el otro. Por todas las cosas buenas de la tierra, no debes aferrarte a un solo acto de

maldad, como hacen esas mujeres malditas que dan remedios para inducir abortos a quienes han obrado mal, y quienes buscan este remedio condenable son cruelmente malvados.

Pero es una maldad completamente distinta la de quienes, sin tener ninguna participación en este asunto, matan el cuerpo y el alma de un niño.

No basta con negarse a enseñar o a dar remedios, sino que hay que ser cautelosa y cuidadosa para no dejarse engañar por individuos astutos te ofrecerán astutamente enfermedades de niñas o mujeres, afirmando que son perfectamente respetables, que carecen de lo que necesitan, esperando que les proporcionen algún remedio y creyendo que inocentemente llevarás a cabo su plan maldito. Devuélvelas a los médicos; puedes excusarte honestamente, ya que no es tu responsabilidad.

Nunca guardes la membrana amniótica (llamada gorro del niño, que algunos usan para cubrirse la cabeza y los hombros), especialmente porque los hechiceros la usan.

Algunas personas me la han pedido, a quienes antes consideraba buenas personas. Otras, desconocidas, me la han pedido ofreciéndome dinero, lo cual he rechazado debidamente.

Cuando te llamen a una casa, infórmate bien sobre las personas que hay allí y si son de buena reputación; incluso si son los más pobres del mundo, sírvelos con el mismo afecto como si fueras a recibir una gran recompensa; y ten cuidado si reconoces la pobreza, de tomarles un solo centavo; porque para una persona pobre, poco es mucho; dales antes que tomar: Dios te recompensará grandemente. Y da gracias a Dios por la gracia que te ha concedido en este día; Él te ha escogido para servirle en su servicio.

Visítalas después con mucho cuidado, para que en el poco tiempo que permanezcan en cama, puedas ayudarlas a fortalecerse y recuperar la salud; pues la necesidad las obliga a ir y tirar como un caballo de un arado.



Hay suficientes parteras imprudentes que van a lugares de mala reputación sin que las mujeres buenas profanen su honor atendiendo a tal chusma. No recibas en tu vida a ninguna hija o esposa para que dé a luz en tu casa.

Te lo aconsejo: es proxenetismo disfrazado de caridad, e incluso se quiere hacer creer a la gente que tu profesión te obliga a ello. Lo cual no es cierto. Si fuera una muchacha o una mujer que aún no se hubiera entregado por completo al libertinaje, y hubiera esperanzas de rescatarla de él, y que te deseara, tanto por tu suficiencia como por la esperanza de que mantuvieras su pecado oculto, podrías ir y ayudarla a dar a luz en un lugar respetable.

Estás obligada a consolarla si está angustiada y a guiarla suavemente de regreso al camino correcto, exhortándola a no volver a caer en tal asunto. Y merecerás una gran recompensa. Pero para recibir a las personas en tu casa, no pienses que es menos pecaminoso que recibir bienes robados; que los receptores dan a los ladrones audacia para robar. Así, las mujeres que se llaman a sí mismas sabias, que eliminan tal hedor, ayudan a hacer el mal que hacen; más aún porque tienen la certeza de dónde deben ir a descargar. Además, es un dolor indescriptible impedir que hagan daño.

Al principio de mi conocimiento de este arte, recibí en mi casa a dos mujeres así, una de alta posición y la otra de menor posición, ambas viudas y muy arrepentidas de haber cometido esta falta. A veces las veía tan desesperadas que me costaba mucho hacerlas volver; me atormentaban día y noche; aquellos de quienes venía el daño, por quienes las tenía, venían a verlas, especialmente porque les daban sustento; aquellos que las colocaban entre el bien y el mal. Siempre tenía que mantener guardias cerca de ellas por temor a que hicieran daño en mi casa.

En resumen, diría que una piara de cerdos no me habría dado tantos problemas para mantener.

Tales ansiedades no deberían entrar en la mente de una comadrona; su mente debería estar tranquila y libre; otra es que la costum-

bre de atender partos de mujeres de mal vivir pueden dañar tu reputación; también puede arruinar tu salud y la de innumerables mujeres honradas a las que atenderás.

Te diré, al respecto, que conocí en el suburbio de Saint Germain a una partera honesta y bastante experimentada que asistió en secreto el parto de una cortesana. El bebé era como una tumba blanqueada, pues no parecía sentir dolor. Estas mujeres padecen sífilis crónica, enfermedad que tratan. Le contagió la sífilis a la mano derecha de esta pobre partera, de casi sesenta años, quien desconocía la enfermedad. Así, la mujer quedó con un bebé rojizo, por lo que no dejó de atender partos como de costumbre. Arruinó al menos treinta y cinco hogares. Nunca hubo mayor lástima hasta que se descubrió el origen de la enfermedad; pues los maridos contraían la sífilis de sus esposas y los hijos de sus madres. Por mucho que los maridos supieran de la modestia de sus esposas, y sabiendo que ellos mismos no eran culpables de la enfermedad, las culpaban a ellas; y las esposas, igualmente inocentes, culpaban a sus maridos. ¡Imagínense la pelea que armaron! Todavía conozco a un hombre y una mujer de dos familias diferentes que fueron amargadas por ella. Pasó mucho tiempo antes de que se descubriera la causa de la enfermedad, y muchas mujeres honestas fueron culpadas por ella: los malos humores siempre atacan la parte más débil; a las mujeres se las culpa más fácilmente que a los hombres. Alguna vecina que sabía, tanto de la partera como de alguna otra mujer en esta situación, notó que las mujeres que sufrían este tormento habían dado a luz recientemente, todas con la misma partera.

Una mujer vio su mano vendada. Le preguntó que por qué la llevaba así. Ella dijo que tenía una hinchazón hacía bastante tiempo que no desaparecía. La otra mujer le dijo que era necesario mostrarle si era algo grave. Ella lo hizo. Descubrieron lo que era.

Dos hijas respetables que ella tenía casadas le pidieron que se hiciera la prueba. Ella dijo que no, y que ningún hombre jamás la vería desnuda, que preferiría morir antes que levantar el velo del honor, que su único dis-



gusto era haber arruinado a tantas familias, y se mantuvo firme en esta resolución. Sus hijas se arrojaron ante ella para suplicarle que se hiciera la prueba; sus lágrimas hubieran sido capaces de conmover un corazón tan duro como una roca; no podrían haberla convencido de ninguna manera y así fue. Sus yernos supieron que en la Rue du Colombier de l'Abbaye Saint-Germain vivía un cirujano anciano y viudo, un hombre muy honrado, de su misma edad, a quien ella conocía. Fueron a verlo para preguntarle qué podían hacer por su madre si no se curaba con remedios sin que la vieran desnuda. Él dijo que no sabía qué remedios les procuraría; pero les aseguró que, si ella pensaba con normalidad, la devolvería a la salud de antes.

Ellos le preguntaron: si hubiera pensado en casarse, ¿no dudaría en hacerlo después, si eso le beneficiara?. Él dijo que no. Le contestaron: «No valoramos tanto el bienestar de nuestra madre como su vida y su salud. Si desea casarse con ella, y si ella acepta, nos aseguraremos de que le mantenga generosamente según sus posibilidades; se casaría con ella y luego consumaría el matrimonio». Él aceptó. Hicieron que sus amigos y personas de la Iglesia le explicaran a esta mujer que ya no tenía excusa y que, de lo contrario, se estaría suicidando. Ella aceptó. Él se casó con ella y luego consumó el matrimonio. Yo los conocía a ambos. Muchas mujeres de aquella época no se habrían molestado tanto porque sus amigas fueran tocadas por hombres con menos necesidad que la que mencioné. Monsieur Honoré sabría muy bien qué decir al respecto. Innumerables coquetas dicen que prefieren mucho más, en partos donde el niño está bien posicionado, que un hombre las atienda que una mujer. Esto ahora está de moda.

Te diré (hija mía) lo que vi en mi juventud. No hace más de veinticinco años que la mayoría de las mujeres tenían una disposición diferente a la que las veo ahora.

Siempre ha habido algunas imprudentes, pero no era tan común como en aquel entonces. He pensado mucho en la causa de la que podría venir esta libertad; me pareció

que dos cosas contribuyeron en gran medida a ella. Una de las costumbres era que en tiempos pasados, si una joven era casada, se la mantenía bajo la tutela de su madre o madrastra, o alguna tía a la que temiera, o, en su defecto, se elegía a alguna viuda de gran reputación, a quien sus padres la confiaban y le ordenaban que la obedeciera.

Cuando sus maridos veían a sus esposas tristes, ellas no fingían verlo, pues pensaban que habían cometido alguna indiscreción juvenil por la que habían sido reprendidas. No se habrían atrevido a quejarse. Estas personas las mantenían en el temor de Dios y se aseguraban de que sus mentes estuvieran ocupadas con el trabajo; las animaban a emprender alguna cama de tapiz, sillas, alfombras o tiendas de campaña; y lo hacían con gran entusiasmo. Y al verse, solo hablaban de su trabajo. Tenían unas tapiceras honradas, muy hábiles en su oficio, que incluso enseñaban a sus doncellas. No tenían otra preocupación. Los maridos se enorgullecían de su trabajo y atribuían todo el mérito a sus esposas, prometiéndoles que, una vez hecha la cama, la dejarían magníficamente amueblada, junto con el resto de su trabajo; y que, además, les darían algún bonito regalo que sabían que les gustaría. Esto las hacía amar su trabajo. Otros mandaban a hacer la ropa de cama. Era un lujo.

Los maridos eran más perspicaces que los de hoy, a quienes las esposas desvían del buen camino. Parece que ha habido un cambio de mentalidad; sobre todo porque, antes, los niños eran niños durante mucho tiempo, y los nietos de hoy son muy listos: son como árboles que florecen pronto, pero a los que la más mínima helada les impide dar fruto. Todo el problema radica en la libertad de las jóvenes. Son tan libres como las cabras en el bosque: son yeguas jóvenes a las que les ponen bridas alrededor del cuello. Dirías lo mismo al ver a sus maridos, muchos de los cuales están agobiados por sus gastos y su mala administración, secos y delgados amarillos como la cera. Así, como un mal marinero que, sin la habilidad para gobernar su barco, lo deja a la deriva a merced de los vientos, así es como los piratas se lucran cuando encuentran mercaderes que no saben defender-



se.

Ya no utilizan a viejas sirvientas; me refiero a chicas criadas, en los hogares de sus madres o parientes, como era costumbre, cuando una joven llegaba a la edad de casarse, era tomada por sus propios padres para ser criada por ellos mismos. Nadie jamás miró a la señora por su criada, como sucede ahora, cuando incluso las casas más respetables de la ciudad utilizan a todas las marginadas de cada provincia.

Es como poner al lobo en el redil: arruina a innumerables jóvenes y niñas de buenas familias. A menudo las venden, diciéndoles que un caballero de su pueblo las reconoció en la puerta y habló bien de ellas diciendo que no conocía a ninguna chica o mujer en París con tanta gracia o encanto. Eso les hace cosquillas en los oídos.

Estas criadas astutas saben cómo tomarse su tiempo con el resto, dependiendo de si quieren que sus palabras sean bien o mal recibidas. Estas personas son tan rentables en los hogares como la mermelada hecha de espuma de azúcar en el cuerpo de una persona enferma. Tienen el viento a su merced ahora; especialmente porque la mayoría de las damas tienen, según la moda actual, una dama. Van y se visten en la tienda de segunda mano para ir tras ellas. Son más corruptas que el trasero de un postillón. Si quedan embarazadas, tienen sus retiros con nuestras parteras de nombre. Las criadas de cocina y las amas de casa, que no tienen ni tantos medios ni artificios, van a dar a luz al Hôtel-Dieu.

Así es como se sirve a una parte de la gente de París. La mayoría de las que acabo de mencionar se convierten en nodrizas, alimentando a los niños en el lugar. ¡Los niños se alimentan con buena leche! Las damas y las jóvenes dicen que no hay peligro para los niños; pero no estoy de acuerdo con ellas en eso: la leche inducida por la lujuria es un dulce veneno que impide que un niño sienta una buena base para la vida y lo vuelve cruel cuando crece.

Es importante estar siempre alerta, ya que podría dañar al niño o estar embarazada. Haría la misma diferencia entre su leche y la

de una mujer virtuosa, que entre el agua de una fuente y la de un estanque.

Estas consideraciones no les pasan por la cabeza a nuestras jóvenes. Se creen más sabias que sus madres. En realidad, tienen mucha más determinación que las de antaño. Siempre llevan sus túnicas para acompañarlas. Así, visitan constantemente a otras mujeres, donde no faltan los chismes. Es una de las cosas que más utilizan. Lo que valoran, aunque no valga nada, lo colocan en lo más alto del cielo, y lo que desean desprestigiar, aunque sea la misma virtud, lo arrojan al centro de la tierra. Cuando sus propias conversaciones (que son interminables como el estiércol de cabra), se agotan, empiezan a hablar con las mujeres que visitan, si están embarazadas, sobre todas las desgracias que han oído que pueden ocurrirle a una mujer, e incluso inventan algunas que nunca sucedieron.

Lo sé porque atendí a una joven que se parecía a un buen pájaro que se había hecho a sí mismo, pues había permanecido joven sin madre y se comportaba tan bien que era un verdadero ejemplo de virtud, a pesar de su alta alcurnia y condición social. La vanidad no tenía cabida en ella. Los rumores maliciosos que le contaron habrían bastado para aterrorizarla si su prudencia no hubiera intervenido. No creo que quienes le hablaron con tanta crueldad le desearan el mal, pues jamás ofendió a nadie en su vida. Tales mujeres hablan según su propia opinión, sin considerar la importancia de lo que dicen, porque no visitan por afecto; es mera formalidad.

Antiguamente, las visitas no se realizaban de esta manera, pues eran los parientes bien educados quienes les infundían ánimo y solo les hablaban de felices nacimientos.

(Continuará)



CURSO PARA MATRONAS

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

Organiza:
Asociación Española de Matronas

Colabora:
BabyKeeper®

6 de octubre de 2026
(jornada única)

DOS TURNOS DISPONIBLES

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

Solicitada acreditación



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

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

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

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

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN VIA MAIL:

matronas@asociacion-nacional.com

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

+ de 47 AÑOS + de 47 LOGROS



