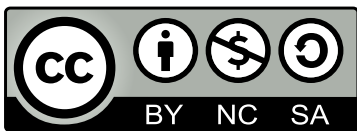


Informe FAME sobre la desigualdad de desarrollo de competencias de la matrona en el territorio español



Esta obra está sujeta a la licencia
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

ISBN: 978-84-09-64789-7

Este documento debe citarse como:

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (FAME), 2024
Informe sobre la desigualdad del desarrollo de competencias de
la matrona en el territorio español.

Autora

Cristina Franco Antonio.

Informe revisado por:

Salomé Álvarez Rodríguez,

Daniel Morillas Guijarro,

Elena Palacio Bru,

Francisca Postigo Mota.

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Competencias y autonomía en el desarrollo de las mismas en la atención obstétrica	7
3. Presencia de la matrona en servicios y unidades de asistencia obstétrico-ginecológica, atención a la salud sexual y a la lactancia.....	11
4. Labor gestora por parte de matronas.....	13
5. Grado del desarrollo de la profesión en el territorio	14
6. Asistencia humanizada al nacimiento por cesárea	15
7. Datos relevantes de este informe.....	16
8. Bibliografía	18

1. Introducción

En los últimos 15 años se han impulsado diversas iniciativas estratégicas con el fin de mejorar la calidad de la atención a la mujer en los servicios de salud sexoafectivos y reproductivos de España. Entre las iniciativas más relevantes se encuentran la “Estrategia de atención al parto normal en el SNS” (1) y la “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” (2), las cuales, en base a las necesidades actuales de España, apuntan a disminuir la sobre medicalización y las intervenciones innecesarias, además de promover una atención sanitaria centrada en las mujeres.

A nivel internacional las profesionales encargadas de cuidar la calidad de los servicios de salud sexoafectiva y reproductiva son las matronas.

Profesión que cuenta con la formación necesaria para garantizar la calidad de la atención a lo largo de la vida de la mujer, durante la adolescencia, la vida adulta (incluyendo la menopausia), la maternidad y el período neonatal (entendiendo el binomio madre–recién nacido). En el plan de estudio de las matronas se establecen una serie de competencias profesionales en salud sexoafectiva y reproductiva, para que puedan desempeñarse tanto en los servicios de atención primaria como hospitalaria.

Tal y como se recoge en la Orden SAS 1349/2009 (3), las competencias de las matronas son:

- a) Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- b) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- c) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados
- d) Prestar atención al binomio madre-hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados
- e) Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- f) Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio

madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas

- g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- h) Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
- j) Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- k) Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
- l) Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- m) Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- n) Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- o) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- p) Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.

Todas estas competencias, aseguradas bajo el programa formativo de la titulación, aseguran la capacitación y calidad de los cuidados otorgados por las matronas en la salud sexual y reproductiva. Cuidados que deben ser aplicados con plena autonomía, reconociendo la autoridad de la matrona para su aplicación.

La OMS ha identificado cinco ventajas generales asociadas a la presencia y desarrollo de la actividad de las matronas (4):

1. Resultados de salud: la evidencia demuestra que invertir en matronas propicia mejores resultados de salud al reducir las muertes maternas y neonatales y los mortinatos.
2. Aumento de la disponibilidad de mano de obra y del nivel de actividad económica: una mayor oferta de matronas contribuye al incremento de la actividad económica.
3. Impacto macroeconómico del gasto en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios: la inversión en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios tiene un importante efecto multiplicador en el resto de la economía. Según indican los estudios, este efecto puede ser mayor que el conseguido con la inversión en otros sectores económicos, lo cual hace que la inversión en la atención de la salud y los trabajadores sanitarios sea especialmente importante.
4. Crecimiento inclusivo y equitativo: la inversión en las matronas brinda la oportunidad de aumentar el empleo de las mujeres y la disponibilidad de trabajo decente.
5. Estabilización económica: diversos estudios apuntan a que, en una situación de recesión económica, el número de personas empleadas en la atención de la salud suele descender menos que en otros sectores.

Dicho gasto continuado actúa como un estabilizador económico en tiempos de dificultad y, además, sirve para mantener los niveles de la atención sanitaria.

Según el informe “Estado de las matronas en el mundo” (4), somos un componente fundamental para garantizar la calidad de la salud sexoafectiva y reproductiva a lo largo de la vida de la mujer, particularmente entre los 14 hasta los 65 años de edad, durante diversas fases: adolescencia, adultez, maternidad y neonatal (entendiendo el binomio madre–recién nacido), siendo reconocidas en los sistemas sanitarios de los países desarrollados como una figura idónea e imprescindible para la salud integral de la mujer.

Diversos estudios muestran los beneficios de las matronas. En la serie de investigaciones sobre la profesión de las matronas publicadas en la revista “The Lancet” se constataron más de 50 indicadores a corto, medio y largo plazo que podrían mejorarse con la atención de matronas en los servicios de salud sexoafectiva y reproductiva, entre ellos: reducción de la morbilidad materna y neonatal; menor número de mortinatos y partos prematuros; y cantidad inferior de intervenciones (como cesáreas) innecesarias (5).

En España las matronas se han ocupado históricamente de la atención de la mujer, principalmente en el proceso del parto, sea en su domicilio o bien en establecimientos

sanitarios públicos/privados. El papel y experiencia de la matrona es fundamental en la asistencia de la mujer en el parto normal y en la identificación de complicaciones/desviaciones de la normalidad que precisen la atención del obstetra (9). El propio Ministerio de Sanidad destaca la importancia de las matronas en el liderazgo de la atención en diversos documentos creados a raíz de la EAPN, como la “Guía de práctica clínica de atención al parto normal” (10) o la “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio” (11).

Por otro lado, existe en España un déficit de profesionales que no permite abordar plenamente todas las competencias por parte de las profesionales. Ante la falta de profesionales, se prioriza el papel de la matrona en el ámbito obstétrico y asistencia al parto, relegando el desarrollo de otras competencias en materia de salud sexual y reproductiva a otros profesionales que carecen de la formación especializada en este ámbito.

Nuestro territorio se caracteriza por una gestión de la asistencia sanitaria fragmentado en comunidades autónomas, de manera, que cada subterritorio, desarrolla sus propias políticas sanitarias, establece sus prioridades con una atención desigual a la salud entre la población. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva una manera evidente de medir las diferencias asistenciales es constatar las diferencias en cuanto al nº de profesionales matronas de las que el sistema de salud dispone, además de poniendo el foco en las competencias específicas que son desarrolladas por las matronas en cada parte del territorio.

Con el objetivo de analizar las diferencias en cuanto al desarrollo competencial de las matronas en las diferentes provincias de España, desde la Federación de Asociaciones de Matronas de España, se llevó a cabo un estudio observacional entre las Asociaciones miembros de la federación. La recogida de estos datos fue facilitada por representantes de las asociaciones miembros, recibiendo los datos entre los meses de noviembre de 2023 y febrero de 2024: Para ello se diseñó un cuestionario, ad hoc, en el que solicitaba a las representantes de las asociaciones regionales de matronas que proveyesen datos relacionados con aquellas competencias que las matronas desarrollaban y la presencia de estas profesionales en los servicios que atienden a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Fruto de las respuestas obtenidas en dicho estudio, se recogen en este informe el desarrollo competencial de nuestra profesión en el territorio nacional.

2. Competencias y autonomía en el desarrollo de las mismas en la atención obstétrica

Tabla 1 Atención pregestacional y gestacional

	CONSULTA PRECONCEPCIONA	CONTROL AUTÓMO DE LA GESTACIÓN CON UN N° DE VISITAS PROTOCOLIZADAS	CONTROL AUTÓMO DE LA GESTACIÓN CON UN N° DE VISITAS NO PROTOCOLIZADAS	CONTROL GESTACIONAL CON POSIBILIDAD DE SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE MANERA AUTÓNOMA	CONTROL GESTACIONAL CON CAPACIDAD DE DERIVACIÓN A OTRO ESPECIALISTA	REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	ASESORAMIENTO A LA MUJER SOBRE LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA MATERNIDAD	ASESORAMIENTO Y AYUDA A LA GESTANTE CON SU PLAN DE PARTO	CLASES DE EDUCACIÓN PRENATAL/MATERNAL	ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO: CRIBADO EN GESTANTES	CRIBADO SALUD MENTAL EN GESTANTES	MATRONATACIÓN	EDUCACIÓN GRUPAL PARA PADRES (sólo padres)
Almería,													
Sevilla													
Huelva													
Granada													
Cádiz													
Málaga													
Jaén													
Córdoba													
Teruel													
Zaragoza													
Huesca													
Menorca													
Ibiza													
Mallorca													
Gran canaria													
Lanzarote													
Tenerife													
Cantabria													
Guadalajara													
Toledo													
Ciudad real													
Albacete													
Cuenca													
Salamanca													
Zamora													
Soria													
Segovia													
Palencia													
Burgos													
León													
Ávila													
Valladolid													
Barcelona													
Lleida													
Tarragona													
Girona													
Ceuta													
Alicante													
Valencia													
Castellón													
Cáceres													
Badajoz													
A coruña													
Ourense													
Pontevedra													
Lugo													
La rioja													
Madrid													
Melilla													
Murcia													
C. F. de Navarra													
Álava													
Gipuzkoa													
Vizcaya													
Principado de Asturias													

Se realiza por protocolo/programa	Se realiza a criterio del profesional	No se realiza
-----------------------------------	---------------------------------------	---------------

Tal y como podemos observar en la **Tabla 1**, las competencias más universalizadas son la realización de educación sanitaria a gestantes a través de grupos de educación prenatal, o el seguimiento de la gestante, que en la mayoría de los territorios se realiza estableciendo de manera protocolizada el nº de visitas a realizar en las gestantes. Llama la atención que, en provincias como Zaragoza, sin embargo, la gestación no es seguida por la matrona de manera autónoma. Respecto a la autonomía durante este seguimiento, aunque en la mayoría de las provincias la matrona goza de autonomía para la solicitud de pruebas o realizar derivaciones a especialistas médicos, en algunas como Huelva, Granada o Zaragoza, la matrona no puede solicitar analíticas o pruebas, o en Sevilla, Granada o Ceuta ni siquiera derivar a especialistas en caso de necesidad. Llamativo que a pesar de que el programa formativo especifique la formación en ecografía básica, y que siendo el ecógrafo el mejor un instrumento para valoración de crecimiento y bienestar fetal, pocas sean las provincias en las que las matronas hacen uso de él, y además en las que se realiza no se hace de manera protocolizada sino a criterio de las profesionales. Llama también la atención el elevado nº de provincias en las que la matrona no participa en el cribado de violencia de género durante la gestación (8 de ellas) o lo realiza de manera no protocolizada (18). Igualmente, sólo 23 provincias realizan un cribado del bienestar mental de las gestantes, mientras 11 nunca lo realizan. Poco extendida está la posibilidad de trabajar con grupos de educación para padres o de realizar matronatación con las gestantes.

Podemos además destacar que son las provincias de Cataluña y Comunidad Valencia las que presentan un mejor desarrollo y autonomía de las competencias de las matronas en este ámbito.

En relación a la atención posnatal podemos observar en la **Tabla 2**, que está bastante universalizado que la matrona tenga una visita tras el alta hospitalaria con la mujer. Sin embargo, no está tan consensuado el momento de realizarla, a pesar de las recomendaciones de visita de las diadas en las primeras 24-48h tras el alta (8), en muchas comunidades esto no está protocolizado. Llama la atención que, en provincias como Jaén, Toledo, Salamanca, Araba, Gipuzkoa, ciudades de Ceuta y Melilla y la comunidad foral de Navarra, no se lleve a cabo la visita final de periodo puerperal por parte de la matrona, no se realice cribado de salud mental o VG, no existan grupos postparto o de apoyo a la lactancia o no se atiende a la salud de recién nacido.

Tabla 2. Atención postnatal

PROVINCIA	[CONSULTA POSTPARTO A LAS 24-48H TRAS ALTA	CONSULTA POSTPARTO A LAS 48-72H TRAS ALTA HOSPITALARIA	CONSULTA POSTPARTO TRAS ALTA HOSPITALARIA (sin criterio de momento exacto sobre cuando realizarla)	PUERPERIO DOMICILIARIO (Siempre)	PUERPERIO DOMICILIARIO (Si es preciso)	VISITA FINAL PUERPERIO DE MANERA HABITUAL (partos vaginales)	[VISITA FINAL PUERPERIO DE MANERA HABITUAL (cesáreas)	[ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO: CRIBADO EN PUERPERAS	CRIBADO SALUD MENTAL EN PUERPERAS	GRUPOS DE CRIANZA POSTPARTO	GRUPOS DE LACTANCIA	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO HASTA LOS 28 DÍAS DE VIDA
Almería,												
Sevilla												
Huelva												
Granada												
Cádiz												
Málaga												
Jaén												
Córdoba												
Teruel												
Zaragoza												
Huesca												
Menorca												
Ibiza												
Mallorca												
Gran canaria												
Lanzarote												
Tenerife												
Cantabria												
Guadalajara												
Toledo												
Ciudad real												
Albacete												
Cuenca												
Salamanca												
Zamora												
Soria												
Segovia												
Palencia												
Burgos												
León												
Ávila												
Valladolid												
Barcelona												
Lleida												
Tarragona												
Girona												
Ceuta												
Alicante												
Valencia												
Castellón												
Cáceres												
Badajoz												
A coruña												
Ourense												
Pontevedra												
Lugo												
La rioja												
Madrid												
Melilla												
Murcia												
C. F de Navarra												
Álava												
Gipuzkoa												
Vizcaya												
Principado de Asturias												

Tabla 3. Atención obstétrica a nivel hospitalario

	ATENCIÓN AUTÓNOMA EN URGENCIAS (GESTANTES >37 SEMANAS INCLUIDAS LAS BOLSAS ROTAS)	ATENCIÓN AUTÓNOMA EN URGENCIAS (GESTANTES >37 SEMANAS) PERO NO PARA EL MANEJO DE LAS BOLSAS ROTAS]	ATENCIÓN AUTÓNOMA EN URGENCIAS ANTE CUALQUIER MOTIVO GINECO-OBSTÉTRICO]	ATENCIÓN AUTÓNOMA EN URGENCIAS EN PROBLEMAS DE LACTANCIA]	[ATENCIÓN AUTÓNOMA DEL PROCESO DE PARTO DE BAJO RIESGO]	ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO SANO DE UN PARTO VAGINAL NORMAL]	[ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO SANO DE UN PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL]	ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIEN NACIDO SANO DE UNA CESÁREA]	ATENCIÓN INTEGRAL AL PUERPERO INMEDIATO]	ATENCIÓN AUTÓNOMA DE PARTO EN PREMATURIDAD TARDÍA (≥ 34 SEM)]	ATENCIÓN COLABORATIVA EN PARTOS DE PREMATUROS < 34SEM]	CAPACIDAD DE DAR ALTAS A PACIENTES DE URGENCIAS (GESTANTES DE BAJO RIESGO A TÉRMINO)]	CAPACIDAD DE INGRESAR A PACIENTES (GESTANTES EN PROCESO DE PARTO)]	[ALTA A PUERPERAS CON PARTO NORMAL]	INICIO DE MANERA AUTÓNOMA DE LAS INDUCCIONES PROGRAMADAS]	[CAPACIDAD DE INDICAR INDUCCIONES EN CASO DE GESTACIONES DE BAJO/ MEDIO RIESGO]	ACOMPañAMIENTO Y MANEJO DE TRABAJO DE PARTO DE MANERA AUTÓNOMA EN CASO DE PÉRDIDAS GESTACIONALES]	[EDUCACIÓN MATERNA HOSPITALARIA]	[EDUCACIÓN POSTPARTO HOSPITALARIA]	CONSULTA DE LACTANCIA]
Almería,																				
Sevilla																				
Huelva																				
Granada																				
Cádiz																				
Málaga																				
Jaén																				
Córdoba																				
Teruel																				
Zaragoza																				
Huesca																				
Menorca																				
Ibiza																				
Mallorca																				
Gran Canaria																				
Lanzarote																				
Tenerife																				
CANTABRIA																				
Guadalajara																				
Toledo																				
Ciudad Real																				
Albacete																				
Cuenca																				
Salamanca																				
Zamora																				
Soria																				
Segovia																				
Palencia																				
Burgos																				
León																				
Ávila																				
Valladolid																				
Barcelona																				
Lleida																				
Tarragona																				
Girona																				
CEUTA																				
Alicante																				
Valencia																				
Castellón																				
Cáceres																				
Badajoz																				
A Coruña																				
Ourense																				
Pontevedra																				
Lugo																				
La rioja																				
Madrid																				
Melilla																				
Murcia																				
C.F. de Navarra																				
Álava																				
Gipuzkoa																				
Vizcaya																				
Principado de Asturias																				

Si No

En la **Tabla 3**, podemos encontrar el desarrollo de competencias y el grado de autonomía en este desarrollo en la asistencia obstétrica a nivel hospitalario. Existe bastante homogeneidad en cuanto a la atención autónoma del parto de bajo riesgo, del recién nacido sano o del postparto inmediato, sin embargo, tampoco es universal, provincias como Teruel, Gran Canaria y Tenerife, la Comunidad de Madrid y ciudad de Melilla, consideran que no desarrollan de manera autónoma la atención al parto de bajo riesgo. Existe una gran desigualdad en la atención a las urgencias o posibilidad de dar altas hospitalarias, a pesar de que en el caso del parto de bajo riesgo la matrona como responsable del mismo, está plenamente capacitada para ello. Hay que destacar provincias como Barcelona o Gipuzkoa como las dos con un mayor desarrollo de competencias en este ámbito y con mayor autonomía.

3. Presencia de la matrona en servicios y unidades de asistencia obstétrico-ginecológica, atención a la salud sexual y a la lactancia.

Por último, se consultó la presencia de matronas en todas aquellas unidades en los que se atiende a la salud obstétrico-ginecológica (salvo paritorios que sabemos que en todos existen matronas), salud sexual y reproductiva o atención a la lactancia. Aunque no de manera universal, en muchas provincias las urgencias obstétricas, plantas de tocología (postparto), plantas de alto riesgo obstétrico y consultas de fisiopatología fetal cuentan con matronas para su atención (**Tabla 4**). La presencia de matronas en consulta de fertilidad, de diagnóstico prenatal, de climaterio, plantas de hospitalización de ginecología, centros de planificación familiar o de centros de especialidad de atención a la salud sexual y reproductiva, unidades de mama o lactancia, pocas provincias cuentan con matronas. En este caso, Castellón parece ser la provincia en la que en un mayor número de unidades o servicios podemos encontrar a la matrona.

Tabla 4 Servicios/ Unidades que cuenta con matronas en su plantilla

	URGENCIAS GINECOLÓGICAS	URGENCIAS OBSTÉTRICAS	PLANTAS DE TOCOLOGÍA/POSTPARTO	PLANTAS DE OBSTETRICIA/ALTO RIESGO	PLANTAS DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA	CONSULTA DE FERTILIDAD (CONSULTA PROPIA)	CONSULTA DE FERTILIDAD JUNTO AL FACULTATIVO	CONSULTA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL (CONSULTA PROPIA)	CONSULTA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL JUNTO AL FACULTATIVO]	CONSULTA DE FISIOPATOLOGÍA FETAL AUTÓNOMA]	CONSULTA DE FISIOPATOLOGÍA FETAL CON EL FACULTATIVO	CONSULTAS DE CLIMATERIO	CONSULTAS DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA	CONSULTAS DE SUELO PÉLVICO (AUTÓNOMAS)	CENTROS DE PLANIFICACIÓN O SIMILAR]	ASSIR. CENTROS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MULTIDISCIPLINARES	CONSULTA DE LACTANCIA HOSPITALARIA	BANCOS DE LECHE	UNIDADES DE SUELO PÉLVICO	UNIDADES DE MAMA	CONSULTAS DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA	CONSULTAS DE PATOLOGÍA PUERPERAL	
Almería,																							
Sevilla																							
Huelva																							
Granada																							
Cádiz																							
Málaga																							
Jaén																							
Córdoba																							
Teruel																							
Zaragoza																							
Huesca																							
Menorca																							
Ibiza																							
Mallorca																							
Gran canaria																							
Lanzarote																							
Tenerife																							
Cantabria																							
Guadalajara																							
Toledo																							
Ciudad real																							
Albacete																							
Cuenca																							
Salamanca																							
Zamora																							
Soria																							
Segovia																							
Palencia																							
Burgos																							
León																							
Ávila																							
Valladolid																							
Barcelona																							
Lleida																							
Tarragona																							
Girona																							
Ceuta																							
Alicante																							
Valencia																							
Castellón																							
Cáceres																							
Badajoz																							
A coruña																							
Ourense																							
Pontevedra																							
Lugo																							
La rioja																							
Madrid																							
Melilla																							
Murcia																							
C. F. de Navarra																							
Álava																							
Gipuzkoa																							
Vizcaya																							
P. De Asturias																							

4. Labor gestora por parte de matronas

Tabla 5. Labor gestora

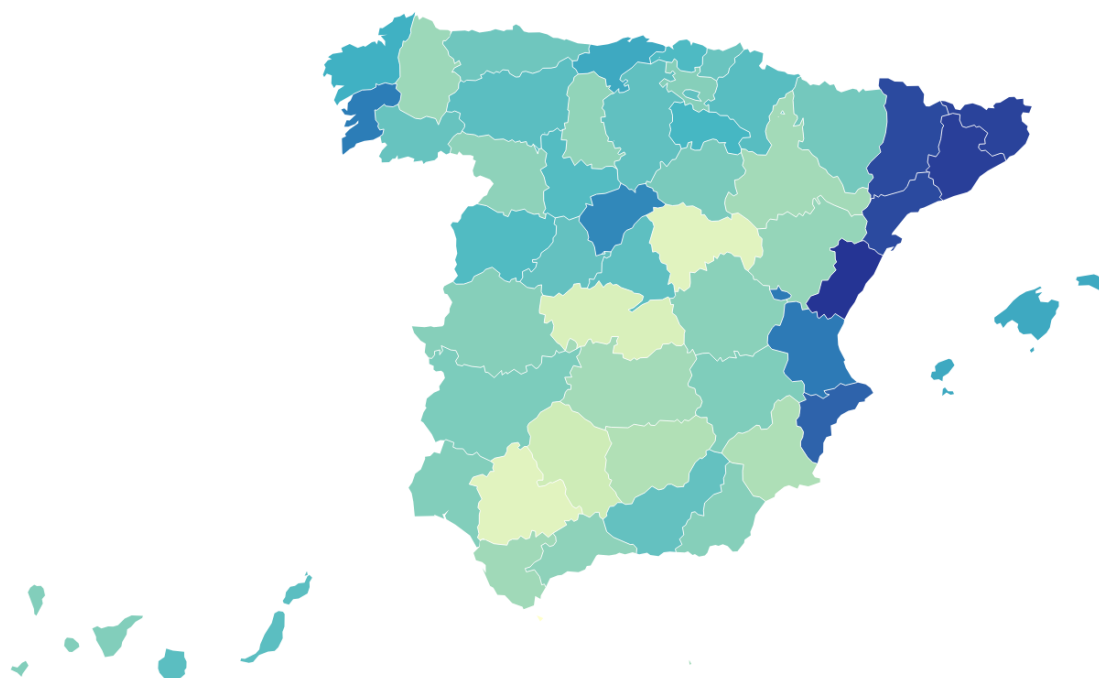
	[COMITÉ DE MATRONAS O COORDINADORA CON PRESENCIA EN DEPARTAMENTO SANIDAD]	[REFERENTE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE]	[MATRONA COMO DIRECTORA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA]	MATRONA COMO DIRECTORA EN ATENCIÓN PRIMARIA]	[MATRONAS SUPERVISORAS DE PLANTAS DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA/PATOLOGÍA]	[MATRONAS SUPERVISORAS DE PLANTAS DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA]	[MATRONAS LIDERANDO EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MATER-INFANTIL]	[MATRONAS PARTICIPANDO EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD MATER-INFANTIL]	[MATRONAS LIDERANDO EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL-REPRODUCTIVA]	[MATRONAS PARTICIPANDO EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA]	[MATRONAS COMO COORDINADORAS DE LA LABOR ASISTENCIAL EJERCIDA POR MATRONAS]
Almería											
Sevilla											
Huelva											
Granada											
Cádiz											
Málaga											
Jaén											
Córdoba											
Teruel											
Zaragoza											
Huesca											
Menorca											
Ibiza											
Mallorca											
Gran canaria											
Lanzarote											
Tenerife											
Cantabria											
Guadalajara											
Toledo											
Ciudad real											
Albacete											
Cuenca											
Salamanca											
Zamora											
Soria											
Segovia											
Palencia											
Burgos											
León											
Ávila											
Valladolid											
Barcelona											
Lleida											
Tarragona											
Girona											
Ceuta											
Alicante											
Valencia											
Castellón											
Cáceres											
Badajoz											
A coruña											
Ourense											
Pontevedra											
Lugo											
La rioja											
Madrid											
Melilla											
Murcia											
C. F. de Navarra											
Álava											
Guipúzcoa											
Vizcaya											
P. de Asturias											

Un pilar fundamental en el desarrollo de las competencias es la presencia de matronas en el ámbito gestor, tal como vemos en la **Tabla 5**, en muchas provincias las existen figuras de matronas coordinadoras de la labor asistencia ejercida por matronas, participan en el desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, muchas provincias no cuentan con matronas supervisoras en plantas de asistencia obstétrica o ginecología. Cataluña y la Comunidad Valenciana en este caso, parecen destacar por la presencia de matronas en diferentes puestos de gestión.

5. Grado del desarrollo de la profesión en el territorio

Por último, en base al desarrollo de competencias otorgando puntuaciones de 0 al “no se realiza”; 1 al “desarrollado a criterio de los profesionales” y 2 “desarrollado por protocolo” y presencia de matronas en diversos servicios 0 = “no”, 1 = “sí”, se ha desarrollado la **Imagen 1**, en la cual a una mayor oscuridad de color podemos observar aquellas provincias en las que existe un mayor desarrollo competencial y autonomía, además de una mayor presencia de matronas en servicios y consultas.

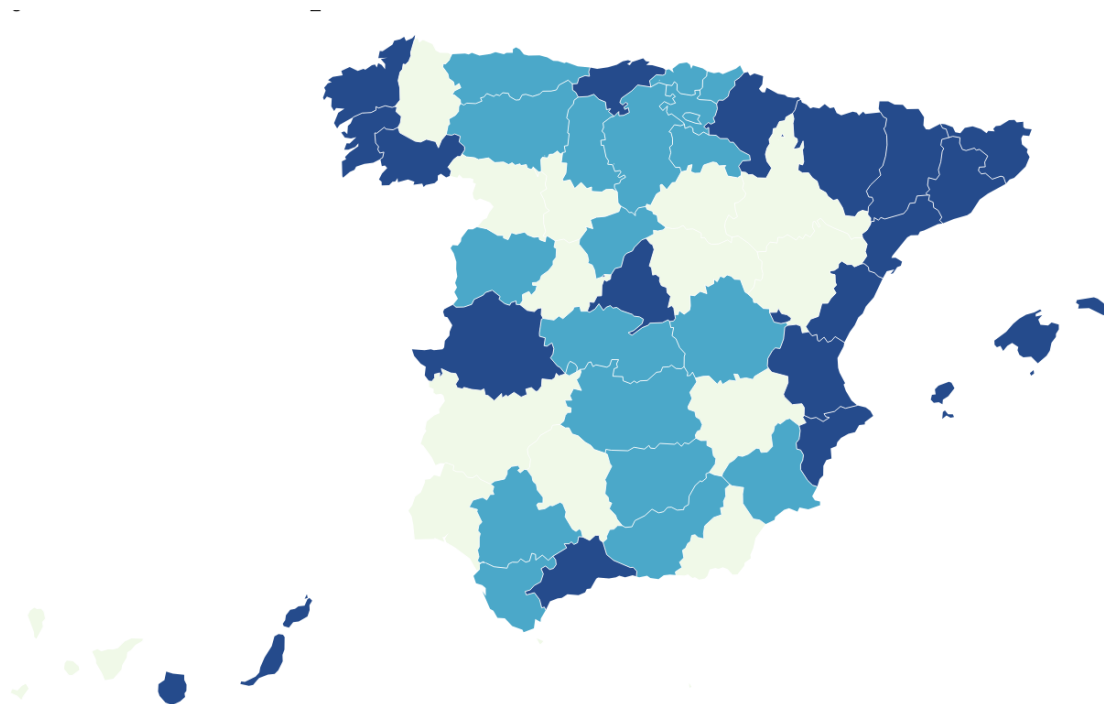
Imagen 1. Grado de desarrollo de la profesión



6. Asistencia humanizada al nacimiento por cesárea

Por otro lado, en este informe que explora el desarrollo de las competencias de las matronas en el territorio español, se consultó acerca de la asistencia humanizada al nacimiento por cesárea. Tal y como podemos observar en la **Imagen 2**, la atención a las cesáreas es muy desigual en el territorio, en azul oscuro observamos las provincias donde se atiende con un enfoque humanizado, favoreciendo el acompañamiento de la mujer y el contacto piel con piel, en un tono más claro aquellas provincias que sin permitir el acompañamiento si favorecen el CPP post-cesárea. Y en blanco aquellas en las que además de no permitir el acompañamiento no se favorece el CPP y hay una separación de diada. Cabe resaltar que incluso en aquellas provincias en las que se adopta un enfoque humanizado completo, el desarrollo de esta práctica dentro de las propias provincias no es universal en su mayoría.

Imagen 2. Asistencia humanizada a la cesárea

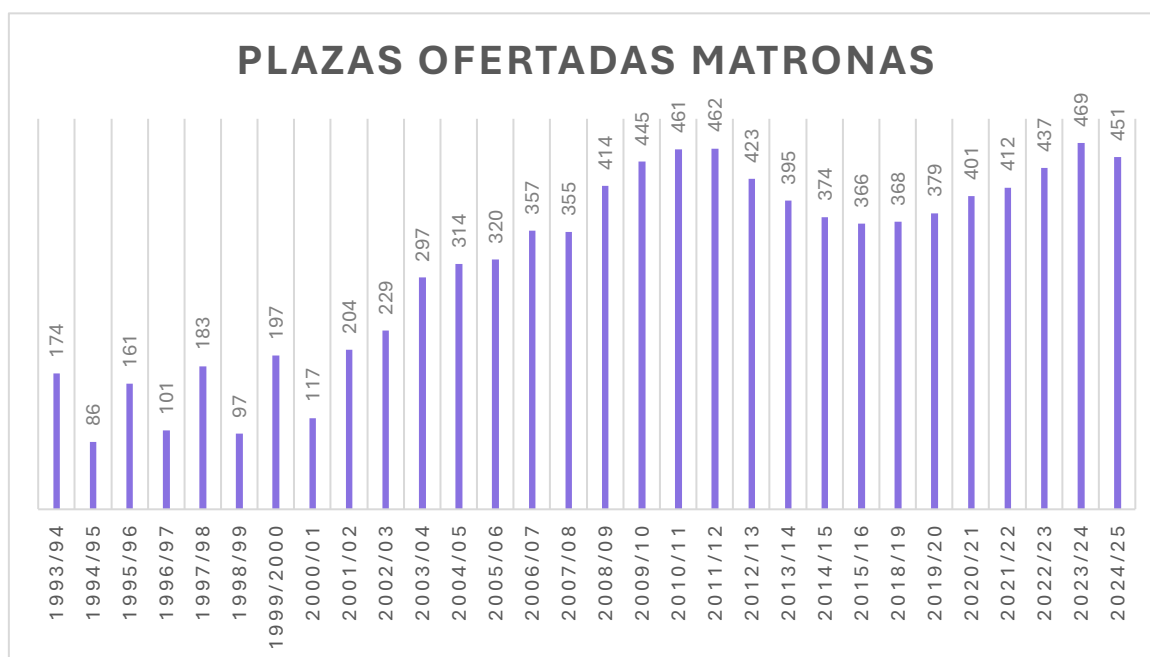


7. Datos relevantes de este informe

- ♣ Hay que destacar que la información recabada a través de las Asociaciones de Matronas de las diferentes regiones que pertenecen a FAME y que se plasma en este informe, muestra una gran desigualdad en el desarrollo de las competencias de las matronas en todo el territorio español.
- ♣ Señalan incluso las Asociaciones que en muchas ocasiones estas competencias desarrolladas, no están desarrolladas de manera igualitaria dentro de las propias provincias, existiendo centros o áreas en las que las matronas están presentes en un mayor número de servicios y unidades de atención a la salud sexual, reproductiva y ginecológica. O áreas con una mayor autonomía en desarrollo de las competencias
- ♣ Destacar que ni siquiera en la atención al parto de bajo riesgo, se percibe una completa autonomía por parte de las matronas en el desarrollo de su labor
- ♣ Existe un mayor desarrollo de las competencias en materia obstétrica, pero se destaca una inequidad en el territorio en esta asistencia que impacta en la calidad asistencial, no cumpliendo en muchas ocasiones los estándares de atención marcados por las Guías de Práctica Clínica
- ♣ El desarrollo de competencias en materia de atención ginecológica es escaso en la mayor parte de provincias.
- ♣ La participación y desarrollo de competencias en materia de atención a la salud afectivo-sexual y planificación familiar también es muy desigual.
- ♣ Este informe muestra un mejor desarrollo competencial de la profesión en las Comunidades Autónomas de Cataluña y C. Valenciana. Con un peor desarrollo en provincias de Castilla la Mancha y Andalucía.

La formación de las matronas en nuestro país es de una elevada calidad, una de las mejores de Europa, con un marco competencial superior al de otros países en el que se invierte durante la formación pero que no se ve reflejado en el desarrollo de la profesión. Cabe destacar que este desarrollo competencial está muy condicionado por el déficit de profesionales que existe en la profesión de matronas, con un número limitado de profesionales formados que no ha alcanzado en los últimos 30 años los 500 profesionales/año (Imagen 3)

Imagen 3. Plazas EIR Matrona



A pesar de que el Informe de Profesionales de Enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025 del Ministerio de Sanidad, estimaba un crecimiento del número de matronas en nuestro país y preveía que el número de matronas en 2025 ascendería a 9030, que acercaría la ratio matronas/nacimiento a los índices de la media de países de la OCDE (25 matronas/1000 nacimientos), la realidad nos muestra que a 31 de diciembre de 2022 en España había 9.593 matronas colegiadas en España de las cuales no jubiladas sólo 7943, lo que tampoco asegura que todas ejerzan la especialidad para la que están formadas. Esta situación va en progreso de agravarse ya que se estima que cerca del 40% de estas colegiadas se jubilarán en los próximos años (datos establecidos por el Consejo General de Enfermería) siendo el sistema formativo mediante especialización insuficiente para el relevo. Esto se traducirá en una priorización de asegurar la figura de la matrona en la atención al nacimiento en detrimento del resto de áreas competenciales.

- ♣ Es una prioridad abordar la formación de las matronas a través de un sistema que permita incrementar el número de tituladas/os por año. Esto permitirá que cada vez más competencias de las matronas sean desarrolladas, lo que implicará una mejora en la calidad asistencial de las mujeres a la atención a su salud sexual y reproductiva.

8. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud; 2007.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2011.
3. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), (2009).
4. UNFPA. El estado de las matronas en el mundo; 2021
5. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon A, Cheung N, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; 384(9948) (1129–45).
6. Asociación Española de Matronas. Estado actual de las matronas en España; 2017.
7. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención al parto normal; 2010.
8. Ministerio de sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio; 2014.

