

2020



PROPUESTA SALUD DE LA MUJER: SEXUAL Y REPRODUCTIVA



AEM

www.aesmatronas.com

15-6-2020

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Domicilio social: Avda. Menéndez Pelayo, 93. 28007 Madrid.
Telf. 659811157 - Telefax: 915010509 www.aesmatronas.com
Mail: matronas@asociacion-nacional.com
CIF: G- 79241493 N.º de Registro: 79485 Grupo 1 Sección 1
Responsable: Rosa M.ª Plata Quintanilla. DNI:13914521-G



➤ **Quienes somos:**

La Asociación Española de Matronas es una asociación de carácter científico, sin ánimo de lucro y de ámbito nacional.

Fundada en 1978, es decana del asociacionismo del colectivo de matronas. Agrupa a Especialistas en Enfermería Obstétrico- Ginecológica-MATRONAS de todo el territorio nacional.

- Forma parte de la Comisión Nacional de Especialidades. Comisión Obstétrico-ginecológica. Matronas desde su creación.
- Miembro de varias comisiones de expertos en Salud de la Mujer el Ministerio de Sanidad
- Miembro del Grupo de Expertos para la elaboración de Guías de manejo del Covid-19 en embarazo, parto y lactancia para el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
- Miembro de la ICM (Confederación Internacional de Matronas).
- Miembro fundador de la organización IHAN (Iniciativa para la Humanización en la Atención al Nacimiento y la lactancia)

➤ **Fines:**

- Promover la calidad del cuidado de la salud integral de la mujer, en especial en los aspectos de Salud Sexual y Reproductiva en España.
- Promover la formación continuada y actualización de las competencias profesionales de las matronas.
- Actuar con las administraciones en asesoramiento, recomendaciones y políticas en Salud Sexual Reproductiva de la Mujer y Recién Nacido.
- Defender los intereses profesionales y los principios deontológicos del colectivo de matronas.

➤ **Actividades:**

- Promoción de encuentros de carácter científico en formato de congresos, cursos, seminarios y jornadas.
- Participación en los diferentes eventos de organizaciones e instituciones sanitarias (Ministerio, colegios profesionales, asociaciones)
- Elaboración de un Código Deontológico de la matrona española
- Realizados 20 congresos nacionales, 3 seminarios internacionales, 18 jornadas nacionales y más de 160 cursos presenciales en materia de salud sexual y reproductiva.

➤ **Publicaciones:**

- “*Matronas hoy*” Revista trimestral de carácter científico.
- “*Infomatronas*” Boletín informativo digital (mensual desde abril 2016).
- “*Los Consejos de tu matrona*” Publicación desde 1996. Volumen 170 páginas. Educación sanitaria dirigida a las mujeres gestantes de la población. Desde su creación hemos regalado en los Centros de Salud más de 6 millones de unidades a embarazadas de todo el territorio español.
- Código Deontológico de las Matronas Españolas (2011)

**PROPUESTA PARA LA COMISIÓN DE
RECONSTRUCCIÓN-SANIDAD**

Modelo asistencial y competencias de las matronas

Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer

Atención Primaria

Atención Hospitalaria

Documento elaborado por el Grupo de Expertas Nº 10

de la Asociación Española de Matronas

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
Estado de la salud reproductiva actual	6
1.- Adolescentes	6
2.- Embarazos	6
3.- Atención obstétrica al parto	7
4.- Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE/ILE)	10
5.- Encuesta de fecundidad	11
6.- Infecciones de transmisión sexual (ITS)	11
7.- Cáncer ginecológico	12
8.-Reproducción Asistida (TRA)	12
9.- Climaterio (Menopausia)	13
10.- Violencia de género.	14
PROPUESTA	16
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL SISTEMA PUBLICO	17
PROGRAMAS DE SALUD DE LA MUJER EN ATENCIÓN PRIMARIA	19
ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PROCESO REPRODUCTIVO	21
RESUMEN de la PROPUESTA	23

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS), es el primer eslabón por el cual la persona accede al Sistema Nacional de Salud (SNS) y se define, según la OMS, como *“un servicio esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”*.

La APS tiene tres líneas principales de actuación: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación/cuidados.

Para la promoción de salud se debe realizar educación sanitaria o educación para la salud (EpS) de procesos saludables en las poblaciones de riesgo o de la comunidad en general. En medidas de prevención deben pasar por un proceso de análisis de la situación, sobre la salud de la población, sobre el terreno, que identifiquen los problemas sanitarios de riesgo personales, familiares y comunitarios y más susceptibles de ser resueltos.

Una vez conocida la situación es imperativo diseñar los programas oportunos a fin de dar cobertura a los problemas detectados para posteriormente, establecer un plan de ejecución dirigido a prevenir la aparición de enfermedades y sus complicaciones en los 3 niveles contemplados habitualmente y la consideración de un cuarto nivel de prevención, orientado a atenuar o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

En las actuaciones curativas o de cuidados, se atienden los problemas de salud existentes agudos y crónicos a demanda o programados que, también incluyen las medidas de prevención de mayores complicaciones.

A día de hoy el modelo de APS en España arrastra durante varios años un deterioro tangible y se impone un cambio que precisa de recursos sostenibles y no medidas cortoplacistas, complacientes para determinados sectores o en busca de réditos políticos.

La actual pandemia de la Covid-19 tiene que ser un punto de inflexión en muchos aspectos y muy fundamentalmente en la asistencia sanitaria. Es una realidad innegable que potenciar el sistema de salud desde la formación de los profesionales hasta la gestión de los recursos humanos asignados al sistema, es la clave del éxito: un logro es una esperanza de vida larga, en el caso de España ha conseguido alcanzar los primeros puestos del mundo, pero lo realmente capital, es aunar longevidad con calidad de vida, así como, la sostenibilidad del sistema sanitario.

El reto actual de España, es incidir sobre la prevención y gestión de los factores de riesgo antes de que se conviertan en problemas crónicos de salud, ya que hemos de ser conscientes de que la cronicidad de la enfermedad, además del precio personal a cada paciente, supone el 80% por ciento del gasto sanitario del país. Y ahí entra en juego la atención a la salud de mujeres que, si bien tienen una esperanza de vida mayor que los hombres en la mayoría de los países (86,2 años para la mujer en España), hay una serie de factores sanitarios y sociales que se combinan para hacer que la calidad de su vida sea inferior -

Además de la pandemia hay otra realidad en España y es que nos enfrentamos a una situación preocupante como lo es la de un crecimiento vegetativo de la población que ha alcanzado mínimos históricos desde 1975. La tasa de nacimientos desde enero a junio de este año desde enero a junio es de 170.074, la más baja desde 1941. Y de una forma importante esto se relaciona con la mujer. La población española actual que suma 47.100.396 españoles (2019*) es mayoritariamente femenina, más de la mitad, 24.011.006 son mujeres y de estas, 10.488.107 (43,68%) están en edad fértil (15-49 años).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que *“la salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales. Detectar y cubrir las necesidades sanitarias de la mujer es su derecho y un deber del Estado que además debe reconocer las aportaciones de las mujeres a la salud de la sociedad en su función productiva y reproductiva, como consumidoras y, al mismo nivel de importancia, como prestadoras de asistencia sanitaria”*. Por ello la atención a la salud de la mujer se ha convertido en un objetivo prioritario y urgente como ha dictaminado la OMS que, insta a su vez, a que todos los países mundiales actúen en consecuencia.

Hay consenso mundial en que la atención a la salud de la mujer debe hacerse con un enfoque que englobe su ciclo vital al completo lo que permitirá advertir de qué forma las intervenciones en la infancia, la adolescencia, la etapa reproductiva y hasta el final de su vida, influyen en el estado de salud ulterior y en las de generaciones futuras.

De ahí que las enfermedades y problemas que afectan exclusivamente a las mujeres (ginecológicos y obstétricos) además de todas las intervenciones en materia y procesos de su esfera sexual y reproductiva, sean puntos claves de la salud, principalmente en la edad fértil (15-49 años).

ESTADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA ACTUAL

1.- ADOLESCENTES

Según datos del INE (2019) la población de adolescentes es de 2.450.519 y de ella 1.186.573 son mujeres.

A la vista de los resultados del Estudio " HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOLAGED CHILDREN (HBSC)"* auspiciado por la Organización Mundial de la Salud y en el que España participa desde 2002, en su revisión de 2018 sobre Conducta Sexual de los adolescentes, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2019, el 20% de edades entre 15 y 16 años afirma haber mantenido relaciones coitales. Este porcentaje aumenta hasta un 48,3 % a los 17 años. También un 8% de chicas responden haber tenido relaciones a los 13 años.

En todas estas relaciones sexuales (coitales) el uso de algún método anticonceptivo es muy bajo, sólo el 14%. De hecho, el número de embarazos no deseados en mujeres de menos de 19 años alcanza los 9.828 casos y entre ellos, 310 en adolescentes menores de 13 años.

El uso de la píldora poscoital (del "día después") alcanza un 25,7% de las mujeres que tomaron alguna medida anticonceptiva.

En general el uso de anticonceptivos (preservativo) no ha sido motivador como protector ante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

En cuanto a las Infecciones de Transmisión Sexual son un problema de salud pública, tanto por la demanda médica como por sus secuelas y como tal se debe tratar. Por aportar algún dato, en España (2018) se declararon 1932 casos de VIH en 2018 de los que 189 correspondían a menores de 19 años; infecciones gonocócicas (declaradas) 8.722 casos y entre ellos 516 en menores de 19 años; sífilis 4941 y 107 en menores; infecciones por Chlamydia Trachomatis 9.842 y 1.135 correspondían también a menores de 19 años.

*** Es evidente la necesidad de medidas educativas-preventivas (EpS) que puedan corregir estos extremos y las matronas tenemos el perfil competencial idóneo para establecer programas formativos y educativos en instituciones educativas (colegios, institutos, universidad) tanto para alumnado como para profesorado.**

2.- EMBARAZOS

En España el número de embarazos en 2019 ha sido aproximadamente de 500.000.

De todos estos, 94.000 finalizaron en Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y 46.230 abortos espontáneos, incluidos los procedentes de tratamientos de reproducción

asistida (TRA), quedando la cifra de embarazos que llegaron a finalizar con un parto vaginal o cesárea en 359.770.

El modelo asistencial existente de control de embarazo está protocolizado, desde la evidencia científica, y en general todas las gestantes son atendidas y controladas con un promedio de 8 consultas con matrona o ginecólogo, 3 ecografías, las analíticas correspondientes a cada edad gestacional y las que lo desean asisten a programas de preparación a la maternidad/paternidad en Centros de Salud, cuya importancia, como herramienta educativa es incuestionable.

En el supuesto de que la matrona detecte alguna patología el control de embarazo, ésta deriva a la gestante a las consultas de Atención Especializada.

Si embargo, podría mejorar la asistencia si el control de cada visita lo realizara siempre un/a profesional especialista (matrona/ginecólogo).

Profesional	E. Bajo Riesgo	E. Riesgo Medio	E. Riesgo Alto
Matrona	Siempre (min 8 visitas) + EpS	En colaboración + EpS	En colaboración + EpS
Obstetra- Ginecólogo	Sólo Ecografías en cada trimestre (3)	En colaboración	Siempre

Tabla 1: Elaboración propia

En algunos centros de salud NO ES LA MATRONA quien se ocupa de la atención de mujeres embarazadas, particularmente en Andalucía, ni siquiera el médico especialista y la razón es porque no hay dotación de matrona en muchos centros de AP.

***Obviamente, esto no tiene sentido ni razones comprensibles que lo justifiquen. Los recursos humanos hay que utilizarlos en razón de competencias- coste-efectividad.**

3.- ATENCIÓN OBSTÉTRICA AL PARTO

Las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo y dónde quieren que se produzca su parto. El objetivo es que pueda vivir la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero. En España con la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), de manera explícita y directa, la mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su proceso de manera consensuada con los profesionales que la atienden tras recibir por parte de éstos la información necesaria que deberá ser veraz y comprensible. Además, desde el año 2007 con la elaboración de la Guía de Estrategia de Atención al parto normal (EAPN) emitida por el Ministerio de Sanidad y Consumo y otras posteriores, se viene instaurando un modelo asistencial que, siguiendo recomendaciones de la OMS, pretende reducir el número de intervenciones no necesarias que en años anteriores no se

cuestionaban y que éstas estén basadas en la evidencia científica ya que hasta el momento se mantenían a resultas de un modelo de atención medicalizada, de intervencionismo excesivo y paternalista.

El impacto social que el descenso de la natalidad está teniendo en el crecimiento del país es muy preocupante por la repercusión demográfica y económica que tendrá. El lado positivo es que nuestro modelo asistencial en obstetricia ha dado resultados materno-perinatales favorables y son precisamente las matronas las que mayoritariamente de forma autónoma, asisten directamente el 80-85% de los partos vaginales eutócicos y participan en el 100% de todos los distócicos (instrumentados) en colaboración con el obstetra. De manera implícita, aunque no reconocida, las matronas han contribuido en buena parte a que las tasas de morbi-mortalidad materno perinatal en España hayan logrado estar en el "top ten" de todos los países del mundo. Todo ello abordando los problemas asociados que inciden en los resultados materno-fetales consecuentes, por ejemplo, del incremento de la media de edad materna actual (32,04 años) para primigestas, media nacional ligeramente rebajada por las aportaciones de madres extranjeras más jóvenes, pero invariablemente en línea ascendente desde 1975 (25,5 años) y patologías concomitantes derivadas principalmente de esta circunstancia, además de otros factores.

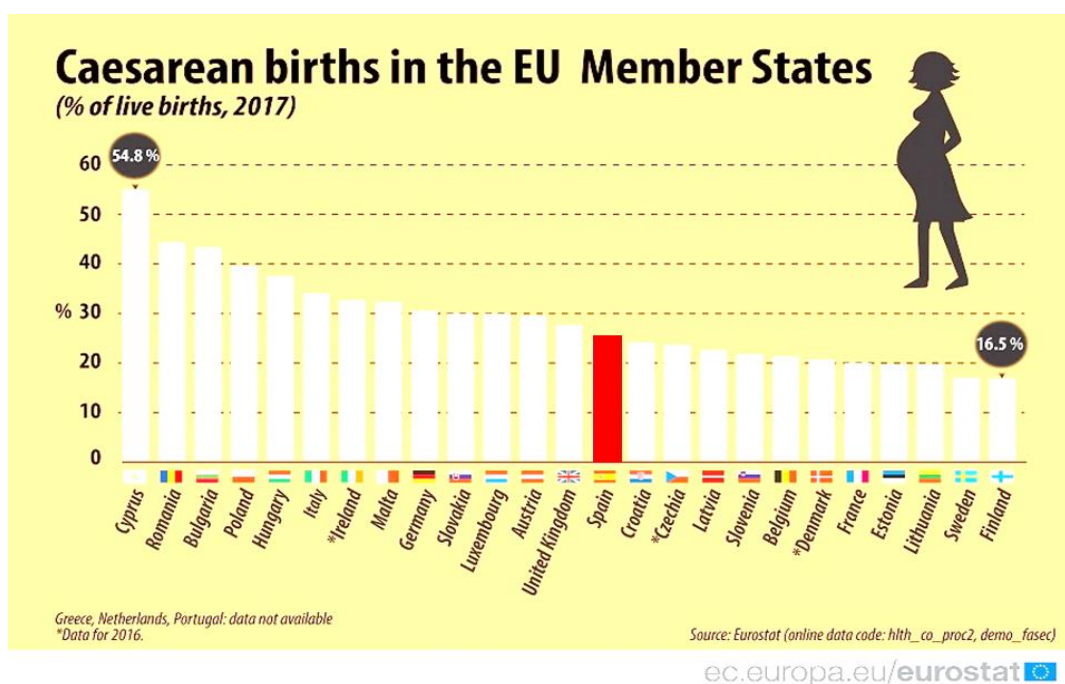
Sin embargo, el embarazo en un 80-85%, y aun con los cambios de los últimos años, continúa siendo un proceso fisiológico que controlado adecuadamente puede concluir también en parto espontáneo y normal.

No obstante, el modelo asistencial hospitalario, hasta hace muy poco tiempo, estaba inspirado y diseñado por un modelo médico paternalista, muy medicalizado con intervenciones innecesarias y sin evidencia científica, a veces causa directa de iatrogenia, escaso protagonismo de la mujer y falta de información y respeto de su autonomía, que puede haber motivado a algunas mujeres a querer ser atendidas por matronas en partos domiciliarios en los que la mujer percibe un mayor confort y control de su propio proceso.

La matrona es la especialista competente y capacitada para la aplicación de técnicas o medidas protocolizadas de indicación médica o en el marco de sus competencias, de forma autónoma, en la que el objetivo de la atención sea la de cuidado. Bajo su dirección, como promotoras de la fisiología del proceso, es seguro que algunas cesáreas innecesarias se podrían evitar además de abaratar costos, gestionar recursos y colaborando eficazmente en la sostenibilidad del sistema sanitario.

La cesárea es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal sensiblemente mayor que la de un parto normal, así como, subsidiaria de producir secuelas para la madre y el recién nacido, sin olvidar el incremento de los

costes por proceso. A pesar de ello y de las recomendaciones de la OMS, en España, la tasa de cesáreas se encuentra por encima de lo deseable.



***Cada parto es diferente con sus ritmos y con las necesidades de cada mujer. Promover y respetar la fisiología del parto forma parte del objetivo competencial principal de las matronas así como, identificar, detectar y valorar cualquier alteración de la normalidad que requiera de la oportuna intervención médica.**

ASPECTOS A MEJORAR

Hay varios aspectos que deben mejorar y que, a priori, no requieren inversiones en infraestructuras. Se trataría de establecer, dentro de los espacios obstétricos ya existentes, dos zonas diferenciadas: espacios de gestantes de bajo riesgo, gestionadas únicamente por matronas y zona de gestantes de riesgo gestionadas por médicos especialistas y matronas. Esto estaría en consonancia con las recomendaciones contenidas en los documentos del Ministerio de Sanidad relacionados con los estándares de calidad en los hospitales maternos, o maternidades.

Por último, es de todo punto urgente que los médicos en formación especializada (MIR) (Obstetricia y Ginecología) tengan una tutela efectiva y no actúen como especialistas desde los primeros meses de su primer año de residencia como R1 cuyas consecuencias no deseables, por razones obvias, las propician consecuencias directas indeseables sobre las pacientes y de manera indirecta sobre las matronas que colaboran. Las directrices formativas de los médicos están orientadas para diagnosticar, tratar y si es posible curar

(o al menos intentarlo) las enfermedades, pero el embarazo no es una enfermedad ni el parto tampoco. Aunque no negaremos que a veces hay patologías que se agravan con el embarazo o embarazos con complicaciones que, sí deben ser atendidos por médicos especialistas, incluso en el momento del parto.

En la atención a la mayoría de los partos, el “**no hacer si no es necesario**” es una buena herramienta de ayuda al proceso y de minimizar riesgos innecesarios.

4.- INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE/ILE)

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, reformó el artículo 417 bis del Código Penal despenalizando el aborto practicado en determinadas condiciones. Posteriormente ha sido elaborada variada normativa que regula diversos aspectos concretos de esta práctica sanitaria y más concretamente, la Orden de 16 de junio de 1986 del Ministerio de Sanidad y Consumo reguló la notificación de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo tanto con fines de estadística e información como de Vigilancia Epidemiológica. La recogida de información sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) realizadas a partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 9/1985, nació con vocación de servir a la planificación y administración de los Centros de Orientación Familiar (COF), actualmente Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR).

Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo recoge los tres supuestos legales de IVE:

- A petición de la mujer.
- Causas médicas: Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada.
- Riesgo de graves anomalías en el feto. Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable.

En el caso de que exista más de un motivo, la información es recogida en la categoría de "varios motivos".

La despenalización del aborto en determinados supuestos obliga a los Servicios Sanitarios a enfrentarse a una nueva demanda asistencial.

No podemos olvidar que la curva descendente desde 2011 de las Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) está otra vez subiendo hasta más de 94.000 y, de esos, un 12% de las mujeres han abortado más de 3 veces. Revertir esta realidad que genera riesgo físico y emocional para las mujeres y un incremento de gasto sanitario, ineludiblemente, requiere una información y asesoría sexual y reproductiva acorde con la importancia del problema

***Esto induce a pensar que las afectadas no tienen la información y educación suficiente en salud sexual y reproductiva en los que la matrona es la profesional competente para**

realizar la actividad de prevención de ITS y embarazos no deseados así como Educación para la S. Sexual de la población. Sería apropiado reconvertir plazas en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR) con perfil de enfermera especialista (Matrona).

5.- ENCUESTA DE FECUNDIDAD

Es importante recordar la Encuesta de Fecundidad año 2018 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y publicada en 2019 ya que arroja datos muy interesantes sobre fecundidad deseada: casi la mitad de las mujeres de edades comprendidas entre 18 y 55 años, incluidas aquellas que ya tienen 1 hijo, desean tener dos hijos en total. Los porcentajes más elevados, del 48%, se dan entre las edades de 25 a 29 años y en las de 40 y más. Por su parte, el porcentaje de mujeres que quieren tener tres hijos ronda el 25%, aunque supera el 27% en las mayores de 35 años. Si se suman estos dos grupos, resulta que casi tres de cada cuatro mujeres quieren tener más de dos hijos. Las razones por las que no han tenido el número de hijos deseados son las condiciones económicas y la dificultad de conciliación familiar.

Podríamos deducir de estos datos que muchas mujeres no recurrirían al aborto si recibieran una sólida educación sexual y de anticoncepción, y otras, tendrían el número de hijos deseado si las políticas sociales, económicas y laborales reforzaran los apoyos necesarios que garantizara la igualdad de derechos y deberes en el proceso de maternidad/ paternidad respecto de los hombres.

España ocupa el puesto 25 de la Unión Europea en lo que se refiere a las ayudas directas a la familia. Habrá que replantear las políticas económicas que incentiven a las familias por hijos, y que ayuden a resolver los problemas existentes que impiden tener más hijos por mujer porque la baja natalidad se ha convertido en un problema de Estado.

***Se necesita un cambio socio-económico y laboral que permita a las mujeres conciliar su rol como madre y trabajadora sin que ello suponga un agravio comparativo respecto de sus parejas. Puede que la alternativa del teletrabajo durante esta pandemia sea una buena oportunidad para iniciarlo.**

6.- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

De la misma forma, conviene mencionar que las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen siendo (incluso algunas han aumentado) un problema importante de salud pública, tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Los casos registrados en 2018 de algunos de estos procesos han sido: 1.932 casos de VIH; infecciones gonocócicas (declaradas) 8.722 casos; sífilis 4941; infecciones por Chlamydia trachomatis 9.842. En general hay un pequeño

repunte de todas ellas. Se imponen medidas educativas y un plan divulgativo intenso en los medios.

Recordemos que la campaña “Póntelo, pónselo” fue muy efectiva, entre los jóvenes.

7.- CÁNCER GINECOLÓGICO

El cáncer es la segunda causa de mortalidad entre las mujeres después de las enfermedades cardiovasculares y la primera entre 20 y 80 años. En 2018 se han diagnosticado 33.307 nuevos casos de CA de mama y 6.914 de CA de útero.

De todos los tumores existentes, los ginecológicos y de mama suponen la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. Mientras un buen número de estos tumores dependen de causas modificables y ahí entra en juego la labor de educación para la salud, otros que no lo son, se benefician de controles individuales basados en la detección de población de riesgo y en la captación oportunista en los programas de cribado.

***La matrona, desde AP, es la profesional competente para la atención en procesos prevención de cánceres ginecológicos (mama y cérvix) mediante los programas de detección precoz (screening), prevención de estas patologías y promoción de la salud en estos procesos mediante la EpS de los hábitos de vida saludables.**

8.-REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA)

En países industrializados como España, la tasa de esterilidad es un 5-10% superior que en el resto del mundo según la OMS. En concreto, en nuestro país, una de cada seis parejas en edad reproductiva tiene problemas para concebir. En auxilio de estas miles de personas que o bien porque las mujeres sobrepasaron su etapa fértil (debido al retraso de la maternidad muchas veces a causa de la inserción laboral de la mujer), son estériles (gran porcentaje de esterilidad masculina) o son mujeres sin pareja o parejas de mujeres, se recurre desde hace 20 años a las técnicas de reproducción asistida (TRA) con un largo trayecto recorrido hasta la actualidad y con un elevado éxito en el logro de embarazos deseados. España se sitúa a la cabeza de Europa en número de tratamientos de fertilidad, según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE).

Es una realidad que el incremento del promedio de edad de las mujeres ha conllevado la solicitud de los tratamientos y técnicas de reproducción asistida. Estas técnicas se diseñaron inicialmente para mujeres estériles jóvenes con patología tubárica. Superado el grado máximo de fertilidad femenina entre los 23-24 años, la capacidad reproductiva en la mujer, como apuntamos anteriormente, disminuye de manera significativa, a partir de

los 30 y especialmente de los 35 años siendo muy bajo el potencial reproductor a partir de los 40. A esta reducción del potencial de fertilidad inherente al envejecimiento de la gónada femenina y del tracto reproductor, se une un incremento de los defectos de la ovulación y una disminución de la calidad de los ovocitos que pueden dar lugar a un aumento de las anomalías cromosómicas, una disminución de la receptividad endometrial, un crecimiento de las tasas de aborto espontáneo y un ascenso de la morbilidad en el embarazo, añadiendo además que, con el paso de los años, la mujer alarga el periodo de exposición durante el cual pueden actuar elementos causantes de esterilidad (por ejemplo, desarrollo de endometriosis y de adherencias pélvicas). De igual modo que los óvulos de las mujeres, los espermatozoides también envejecen y se deterioran con el paso del tiempo, con hábitos tóxicos como el tabaco, la obesidad y enfermedades como la diabetes que ha quedado demostrado, tiene un efecto negativo sobre la fertilidad masculina".

Actividad en los centros de reproducción asistida (según el M. de Sanidad. 2017)

FECUNDACIÓN IN VITRO	FIV CLASICA*	ICSI o MIXTA**	TOTAL
Pacientes tratadas	5.498	37.000	42.498
Ciclos iniciados	6.473	43.790	50.263
Ciclos cancelados	642	5.183	5.825
Ciclos con punción	5.831	38.607	44.438
Transferencias	4.120	23.231	27.531
Punciones sin transferencia por congelación todos los embriones	1.026	9.065	10.091
Gestaciones	1.474	8.236	9.710
Ectópicos y abortos	349	1.913	2.262
Partos	1.098	6.024	7.122
Nacidos vivos	1.280	6.931	8.211

*Fecundación in vitro **Microinyección espermática. Tabla 2: De elaboración propia

***Las matronas pueden realizar un buen trabajo de asesoramiento desde AP en este grupo de mujeres mediante la consulta de "Consejo/Asesoramiento Preconcepcional" en las que tienen perfil formativo y competencial.**

9.- CLIMATERIO (MENOPAUSIA)

El climaterio, etapa vital de la mujer a partir de los 45 años en la que se produce, por regla general, la menopausia (ausencia de ciclo menstrual durante al menos 1 año) está directamente relacionado con el aumento de la expectativa (EV) de vida; el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe prestar atención ingente a un gran número de mujeres

que viven y vivirán la menopausia en su etapa climatérica, actualmente en torno a los 10.080.114 mujeres (41,98%) en España. Estas mujeres se ven avocadas a sufrir alteraciones de su bienestar físico y psicoemocional acompañadas de síntomas dependientes de las alteraciones hormonales que, a su vez pueden desencadenar diversas afecciones crónicas que se convierten en factores de riesgos para las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, u otras, que afectan la calidad y expectativa de vida de la mujer. Es evidente que el seguimiento y control, y la educación sanitaria son fundamentales para evitar la morbilidad a corto y largo plazo asociada con este proceso fisiológico.

***Las matronas, desde AP, son el profesional con competencias adquiridas en su formación para la atención y cuidado de la salud de la mujer en su etapa climatérica, mediante exámenes de salud y sesiones de EpS, que promuevan la salud y prevengan las diferentes complicaciones en esta etapa, tanto física, psicoemocional o sexualmente.**

10.- VIOLENCIA DE GÉNERO.

Se sabe que la violencia de género o violencia machista porque se da sobre las mujeres por el mero hecho de serlo, comprende los diversos tipos de agresiones (psicológica, física, sexual) perpetrados hacia las mujeres. Su origen está en la discriminación hacia su identidad como mujer y legitimados por las relaciones desiguales de poder, pero la realidad es que existe una polarización absoluta ejercida hacia las mujeres en sus diferentes versiones en una sociedad, aun desgraciadamente, muy patriarcal y masculinizada en la que culturalmente la mujer ha sido considerada un “ser inferior” o “sexo débil”.

La violencia de género presenta distintas manifestaciones, como actos que causan sufrimiento o daño, amenazas, coerción u otra privación de libertades. Estos actos se manifiestan en todos los ámbitos de la vida, estatus sociales y política.

Como factores predisponentes se encuentran la propia familia (cultura machista), el Estado, las instituciones educativas, los medios de comunicación, las religiones, la desigualdad el mundo laboral, los cánones sexuales (genitalidad de las relaciones), las organizaciones sociales, la convivencia en espacios públicos, la cultura, etc.

La violencia de género es una lacra social grave sobre la que hay que actuar sin ningún tipo de eximente o atenuante, con tolerancia cero y con una perspectiva educacional desde la niñez (educación con perspectiva de género) y con especial intensidad sobre los adolescentes que también empiezan a mostrar, hacia sus parejas manifestaciones explícitas e implícitas, mediante acciones de control (en el ámbito relacional y social), celotipias, agresiones y humillaciones tanto físicas como verbales reproduciendo patrones del pasado aprendidos o vividos dentro del ámbito familiar.

Desgraciadamente esto ha sido y es, el gran fracaso generacional. Sigue habiendo manifestaciones xenófobas y machistas en la gente joven que en teoría tuvo otros modelos

culturales creciendo dentro de una sociedad democrática y pluralista como la actual. Algo hemos hecho mal y convendría reflexionar acerca de los siguientes aspectos: No se ha trabajado bastante en colegios ni institutos ni universidad, se carece de una asignatura que asegure estos conocimientos para el alumnado ni se garantice la formación para el profesorado. La triste realidad es que se ha descuidado la imprescindible educación afectivo-sexual.

En España la violencia de género es un delito, tipificado en el Código Penal y se hayan implementado leyes y decretos como:

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre;
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; - Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género;
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica;
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

A pesar de todas las normas la situación y las tasas de mujeres maltratadas, humilladas y asesinadas están presentes y son vergonzantes para toda la sociedad.

En 2019, lejos de rebajar las cifras, se mantienen o suben el número de asesinatos por violencia de género. En 2019 se han registrado 55 mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas. También se han registrado 31.805 denuncias con un total de 30.495 condenas por violencia de género y también 4.748 denuncias por violencia doméstica con un total de 3.649 condenas a hombres.

***Es imperativo que se revisen las medidas preventivas desde la educación y la información como la piedra angular de los cambios urgentes que necesita nuestra sociedad. Las matronas cumplen el perfil idóneo para la detección precoz y atención en situaciones de la violencia de género, sobre todo en las situaciones de vulnerabilidad como es el embarazo y el puerperio.**

PROPUESTA

La propuesta que las matronas, enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, hacemos para esta reconstrucción, es la de fortalecer el sector de la atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer, siendo la matrona el mejor recurso humano y profesional idóneo por su formación específica y competencias técnicas adquiridas para la gestión de los recursos disponibles, la atención en procesos de salud (promoción), los cuidados en procesos de enfermedad, la prevención de complicaciones, la educación para la salud (EpS) en la comunidad, la formación de otras profesionales y la investigación para mejora de su propia disciplina. A continuación, detallaremos de forma resumida nuestras propuestas con perspectiva coste-beneficio y que ayuda a la sostenibilidad del sistema.

La atención a la salud de la mujer es columna vertebral del sistema de Salud y es la matrona quien tiene perfil idóneo como profesional con capacidad y autonomía en la toma de decisiones en la atención y el seguimiento de los procesos relacionados con la salud sexual y reproductiva teniendo a la vez, plena responsabilidad en el marco de la interdisciplinaridad y multidisciplinaridad, tal y como también se recoge en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

Por otra parte, está ampliamente definido en el ordenamiento jurídico, español y europeo, que subordina el acceso a las actividades específicas de matrona y su ejercicio al correspondiente título y por tanto, aquellos otros profesionales que no poseen el perfil competencial y titulación no pueden desarrollar las mencionadas actividades específicas, descritas en Directivas Comunitarias desde 1980 D CE(80/154), las cuales han sido modificadas a lo largo de más de dos décadas y finalmente traspuestas al derecho español por el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/20.

En la gestión práctica, creemos que es imprescindible que los responsables de Recursos Humanos (RRHH) implementen un modelo de gestión por competencias con una visión clara y específica de las necesidades y requerimientos de los diferentes puestos y funciones de cara a ofrecer altos niveles de calidad asistencial.

No tendría sentido formar especialistas de perfiles determinados, en este caso, de la salud sexual y reproductiva de la mujer y no asegurar después que se aprovechan adecuadamente los conocimientos y habilidades adquiridos para tal fin. Y menos sentido aún el sangrado económico de los recursos públicos para la formación no amortizados.

***En definitiva, estamos planteando la utilización eficiente de los recursos, en este caso, al especialista en Enfermería Obstétrico-ginecológica-Matrona y la calidad de los servicios que presta de acuerdo al perfil competencial que, en muchos establecimientos sanitarios está infrautilizado.**

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DEL SISTEMA PUBLICO

Según algunas conclusiones del documento de MARCO ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA, aprobado por el Consejo Interterritorial publicado el día 19 de abril de 2020 y mediante Resolución nº. 6761 en BOE el día 7 de mayo número 109, que dice:

“La APS es un pilar indispensable en la garantía de la equidad en salud, dado su papel vertebrador del SNS y su enfoque biopsicosocial, salutogénico y comunitario. En el actual contexto sociodemográfico, epidemiológico y de evolución tecnológica, más de 30 años después de iniciada la reforma sanitaria en España, urge dar un nuevo impulso a la APS, para que renueve su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo.

El sistema necesita una correcta gestión de recursos humanos para conseguir sus objetivos y contar con los instrumentos adecuados para un correcto desarrollo profesional.

Hay que desarrollar e implementar nuevos contenidos y adaptar los ya existentes en la cartera de servicios de la APS. El objetivo tiene que ser alcanzar, a través de estas estrategias, una APS de calidad, orientada a la ciudadanía, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con profesionales motivadas/os y capacitadas/os, insertas/os en una organización descentralizada, participativa y eficiente.

La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no solo componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, con los recursos, con la organización y con la participación, de tal manera que la/el usuaria/o perciba que, en efecto, es el centro del Sistema.

Para todo ello, se hace imprescindible avanzar en la mejora de los mecanismos de coordinación entre niveles de asistencia, entre APS, salud pública, entidades locales y con otros sectores, así como facilitar la participación de la ciudadanía.

Conocemos que la Comisión de Reconstrucción para Sanidad ha recibido muchas propuestas referidas a la Atención Primaria de Salud del Sistema Nacional por la preocupación generada entre todos los profesionales desde hace muchos años. Por ello, no abundaremos en este tema, pero si recomendamos el estudio y análisis del documento ya aprobado y con el consenso de la mayoría absoluta de las profesiones implicadas y el Ministerio de Sanidad.

La nueva situación ha puesto encima de la mesa todas las deficiencias, de todo tipo, y ahora es el momento de poner en marcha las soluciones.

Bastaría con dar cumplimiento a cada uno de las **acciones previstas** en el documento mencionado para alcanzar los **objetivos planteados** y contenidos en las 6 estrategias. Eso resolvería lo que ya era inaplazable antes de la pandemia y ahora con mayor motivo y perentoriedad:

- ✓ *Estrategia A: Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud*
- ✓ *Estrategia B: Consolidar una política presupuestaria y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la APS*
- ✓ *Estrategia C: Mejorar la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones*
- ✓ *Estrategia D: Reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en Atención Primaria de Salud*
- ✓ *Estrategia E: Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs)*
- ✓ *Estrategia F: Impulsar la formación y la investigación en Atención Primaria de Salud*

No obstante, algunas de las acciones previstas para llegar a los objetivos planteados requieren ejecución inmediata y los enumeramos en el resumen de este documento.

PROGRAMAS DE SALUD DE LA MUJER EN ATENCIÓN PRIMARIA

POBLACIÓN	PROGRAMA	CUIDADOS/ATENCIÓN	QUIEN
Adolescentes	Educación afectivo sexual/ Información	Programas estructurados de educación para la salud: sexualidad, prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual Coordinación con colegios.	Matrón/a del Centro de Salud
Parejas con deseo genésico	Consulta preconcepción	Información y recomendaciones sobre estilos de vida y nutrición saludable	Matrón/a del Centro de Salud
Parejas que precisan o usan método anticonceptivo	Información/ Asesoramiento/ Control	Consulta. Recomendaciones sobre métodos anticonceptivos	Matrón/a Ginecólogo
Mujer- gestante	Control embarazo de bajo y medio riesgo. Debe ser control precoz, periódico, completo y de calidad, de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizando accesibilidad.	1ª visita: Confirmar embarazo y planificar todas las consultas, analíticas, ecografía, programa educación a la maternidad /paternidad <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de pruebas analíticas/ ecográficas • Detección de factores de riesgo • Recomendaciones sobre alimentación, ejercicio, y autocuidados en general • 2ª visita: 12 semana de gestación • 3ª visita: 16 semanas de gestación • 4ª visita: 24 semanas de gestación • 5ª visita: 28 semanas de gestación con vacuna de tosferina y gammaglobulina en caso de RH negativo • Inicio de segundo nivel del programa de educación para la maternidad/paternidad • 6ª visita de matrona: 32 semanas de gestación. Toma de muestras para el SBA • 7ª visita de matrona: 38 semanas de gestación • 8ª Visita de matrona: 40 semanas y derivación al hospital para CBF • Atención otras posibles consultas • Detección precoz de violencia de género 	Matrón/a del Centro de Salud Otras visitas y exploraciones ecográfica protocolizadas las atiende el ginecólogo
Mujeres/pareja	Educación grupal Preparación maternidad/ paternidad	Nivel 1 antes de la 28 semana de gestación (una o dos sesiones) Nivel 2 de la 28 semana (ocho a doce sesiones)	Matrón/a del Centro de Salud

PROPUESTA PARA LAS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER

(CONTINUACIÓN) PROGRAMAS DE SALUD DE LA MUJER EN ATENCIÓN PRIMARIA

POBLACIÓN	PROGRAMA	CUIDADOS/ATENCIÓN	QUIEN
Mujer/ Pareja	Puerperio (Precoz y tardío) (Dos visitas dónde la primera puede ser domiciliaria)	Revisión puerperal. Involución uterina, sangrado, cicatrices si las tiene, lactancia y revisión del recién nacido. Comprobar parámetros de normalidad visual del recién nacido y comportamiento alimentación y sueño Revisar cordón umbilical Atención a cualquier duda sobre lactancia materna. Visita domiciliaria bajo petición	Matrón/a del Centro de Salud
Mujer/Pareja	Puerperio y Crianza Educación para la Salud (grupal)	Incorporación a taller lactancia y crianza en general De 4 a 6 sesiones	Matrón/a del Centro de Salud
Mujer	Educación para la Salud (grupal)	Detección de alteración suelo pélvico postparto y posibles incontinencias Recuperación de suelo pélvico	Matrón/a
Mujer	Prevención cáncer de mama y cérvix	Realización de pruebas de screening (citologías). Enseñar autoexploración mamaria	Matrón/a del Centro de Salud
Mujer	Climaterio (Menopausia)	Consulta dirigida a las mujeres que se encuentran en la etapa climatérica con síntomas que interfieran en su vida diaria y en previsión del deterioro general de su salud, en relación estilo de vida, alimentación y ejercicio.	Matrón/a del Centro de Salud
Mujeres/Parejas	Intervenciones comunitarias Jornadas puerta abiertas	Día internacional contra la violencia de género Día de la mujer trabajadora. ¿Se cuidar mi suelo pélvico en el horario laboral? Semana de la Lactancia Materna Preservar la fertilidad por ITS	Matrón/a del Centro de Salud

Algunos de esos programas (adolescentes, menopausia, prevención CA...) no se están impartiendo porque el número de población asignada es muy alto y tienen que priorizar otros por falta de matronas. La dirección /coordinación de RRHH (matronas) deben realizarla las matronas. La programación y agenda de consulta de matrona es responsabilidad de la matrona. La acogida y tutorías de enfermeras especialistas en formación (matronas) deben realizarlas las matronas. Matrona gestora: incompresiblemente las enfermeras dirigen a las matronas y eso debe cambiar por razones de idoneidad y coherencia.

ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PROCESO REPRODUCTIVO

MATERNIDAD HOSPITALARIA	ATENCIÓN Y CUIDADOS	RRHH
SERVICIO URGENCIAS OBSTETRICAS- GINECOLOGICAS	Triaje. Exploración obstétrica (incluye RCTG y ecografía, si procede) Diagnóstico Enviar a paritorio o donde corresponda a su proceso	Matrona/ Obstetra/ Auxiliares
SERVICIO DE PARITORIO GESTANTES DE BAJO RIESGO	Atención integral al proceso del parto y nacimiento. Ofertar técnicas de alivio del dolor. Control de analgesia si la tiene Asistencia al parto normal Solicitar colaboración del Obstetra si el proceso se complica en cualquiera de sus etapas	Matrona/Anestesiólogo Auxiliares Obstetra si se complica
SERVICIO DE PARITORIO GESTANTES DE MEDIO Y ALTO RIESGO	Atención integral al proceso del parto. Aplicación de medicación, si procede Control de analgesia si la tiene Colaboración con el Obstetra	Matrona/Obstetra Anestesiólogo Auxiliares
QUIROFANO DE OBSTETRICIA	Acompañar a la gestante y recibir al Recién nacido	Matrona/Obstetras Anestesiólogo Neonatólogo/Enfermeras Auxiliares
HOSPITALIZACIÓN PUERPERIO NORMAL	Atención integral a la madre y recién nacido. Promoción y ayuda lactancia	Matrona Auxiliares
HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO PATOLOGICO	Atención integral a la gestante	Matrona/Obstetra Auxiliares
CONSULTA EMBARAZO PATOLOGICO (ALTO RIESGO)	Control embarazo	Matrona/Obstetra
SERVICIO MONITORIZACIÓN MATERNO -FETAL AMBULANTES	Controles feto maternos cardiotocográficos (MNE) programadas Ultimas semanas de gestación Derivación si procede al obstetra	Matrona/Obstetra
UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA	Colaboración con el equipo. Información exhaustiva sobre tratamientos, Educación sobre autoadministración de la medicación (inyecciones) y autocuidados. Apoyo emocional a mujeres y parejas. Coordinación con resto de unidades implicadas.	Matrona/Obstetra Biólogo/Genetista Auxiliar de Enfermería

(CONTINUACIÓN) ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL PROCESO REPRODUCTIVO

MATERNIDAD HOSPITALARIA	QUÉ	QUIEN
GESTIÓN DE RECURSOS MATERIALES	Equipamiento, material, compras, mantenimiento según necesidades Sistema informático Monitores materno fetales y provisión de todos los instrumentos obstetrico-ginecológico	Matrón/a Gerencia Jefatura del Servicio
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Formar parte de la Dirección /Adjuntías, Subdirección de Enfermería y supervisoras Definición de ratios y contratación Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios a su cargo. Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docente e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería. Asumir las funciones que expresamente le delegue o encomiende el Director/ Gerente, en relación a las áreas de actividad.	Matrón/a
GESTION DE RECURSOS INTANGIBLES	Reconocimiento y estimulación del talento de la plantilla	Matrón/a
INVESTIGACIÓN DE CUIDADOS	Estimular, promover y facilitar los proyectos de investigación profesionales a su cargo	Matrón/a
FORMACIÓ CONTINUADA	Promover y facilitar la actualización continua de los profesionales a su cargo	Matrón/a
GESTIÓN DE DOCENCIA	Coordinación con las Unidades Docentes de Matronas para el desarrollo del programa formativo Tutorización de los EIRs de la especialidad	Matrón/a
COORDINACIÓN CON EL AREA DE ATENCIÓN PRIMARIA	Gestión de comunicación con APPromoviendo reuniones entre las matronas de AP y del hospital	Matrón/a

Incompresiblemente, las matronas son dirigidas por las enfermeras desde 1987 y eso hay que modificarlo además de profesionalizar el acceso a la gestión.

Por cuestiones de déficit histórico de matronas hasta años recientes, enfermeras generalistas han ocupado puestos específicos de matrona en la atención hospitalaria a gestantes y púrpuras situación que es imperiosa revertir, dado que se entiende que una enfermera especialista frente a otra que no lo es, es el profesional idóneo para cubrir necesidades específicas; por otra parte hay suficiente número de matronas formadas en el mercado laboral y por ende, el desembolso económico que supone la formación de enfermeros especialistas debe verse compensando con la costo-efectiva integración en el Sistema Nacional de Salud, en lugar de no desarrollar la especialización para la que se han formado o incluso emigrar como fuerza de trabajo en Sistemas de Salud extranjeros que se benefician directamente de la inversión española.

RESUMEN DE LA PROPUESTA

- 1. Durante el tiempo que dure la pandemia se extremarán todas las acciones de prevención de contagio mediante, circuitos seguros, los test necesarios, los rastreos serológicos a gestantes, acompañante y profesionales del área, el aislamiento y el equipamiento de protección para todos los profesionales y los/las pacientes en AP y hospitalización.**

Hay que garantizar las medidas de protección del personal sanitario, convertido durante buena parte de la evolución de la pandemia, posiblemente, en principales transmisores. Por no mencionar el altísimo número de contagiados que han convertido la Declaración de la OMS como “Año de las enfermeras y las matronas” en el “año de la inmolación de las enfermeras y las matronas”, junto a otros profesionales sanitarios.

Hay que aprovisionarse de material de protección suficiente y de calidad para que exista una reserva estratégica; potenciando la fabricación local de estos productos para no depender de terceros países; exigiendo a los empleadores la vigilancia del estado de salud de los profesionales sanitarios; y declarar el contagio por COVID-19 como enfermedad profesional, yendo más allá de su inclusión como accidente laboral, por las potenciales secuelas y letalidad a medio, largo plazo que a día de hoy se desconocen.

Hay una realidad que la mayoría de las administraciones sanitarias no ha tenido presente: la exposición de riesgo del área obstétrica en relación con la pandemia COVID 19. En ningún momento las autoridades sanitarias han contemplado que es prácticamente la única Área Hospitalaria a la que no se ha podido aplicar la reducción de actividad ya que es un servicio a demanda que, por otra parte, ha seguido generando el mayor número de ingresos hospitalarios. Las gestantes que en la primera mitad del año anterior acudieron a los servicios de obstetricia para finalizar su embarazo fueron unas 175.000, que en cifra similar hemos atendido las matronas en esta primera mitad de año 2020 en medio de la declarada pandemia. A este número de mujeres hay que añadir el contacto e interacción con el acompañante de elección de la mujer, con lo cual la cifra de contactos y por tanto de exposición y riesgo potencial de las matronas al virus, se multiplica por dos. Se suma a lo anterior, el número de atenciones a las urgencias ginecológicas que se han seguido atendiendo en los hospitales, aunque en menor número, circunstancias que viene a escenificar la inadecuada utilización de los servicios de urgencias, ahora moderada por el temor a la COVID, pero que en la mayoría de casos es la matrona quien procede al triaje y contacto directo con las mujeres que acuden al servicio de urgencias.

En todas las áreas sanitarias se han detectado gestantes (y acompañantes) infectadas-os, la mayoría de ellas-os asintomáticos, pero con la misma potencialidad infectante sin embargo, nadie ha reparado en la alta exposición de las matronas en los servicios gineco-obstétricos frente a la viremia, por añadidura y ante usuarias-os sin testar, con medidas insuficientes de protección.

2. Potenciación de la Atención Primaria y la Salud Pública con las inversiones necesarias.

La importancia del papel de la A.P en el SNS no es discutible y en tiempos de la enfermedad por Covid-19 adquiere mayor relevancia, en la necesaria vigilancia epidemiológica. Las enfermeras especialistas o no, los médicos generalistas, los pediatras, matronas, fisioterapeutas, asistentes sociales, etc. desempeñan un papel esencial de este ámbito de asistencia. Las matronas son un recurso imprescindible para el cuidado de salud sexual y reproductiva de la mujer y precisan un ajuste de población asignada.

Las ratios de matronas en relación a la población mujeres en edad fértil está muy por debajo de la media europea.

3. Potenciar el papel de las matronas: Más bien permitir el desarrollo de todas las competencias reguladas en el plan formativo y las Directivas Comunitarias, en la atención a la salud sexual y reproductiva, al embarazo de bajo riesgo en AP, atención al recién nacido (RN) en los primeros 28 días de vida, la promoción de lactancia materna y su participación en actividades preventivas, de promoción y educación para la salud individual y comunitarias.

4. Profesionalizar la gestión sanitaria: Impulsando un acuerdo político para el desarrollo normativo para que las matronas puedan ocupar cargos de gestión a todos los niveles en consonancia con su titulación académica de Grado Universitario y especialistas, como mínimo en las direcciones de enfermería de los hospitales maternos o Maternidades.

No parece lógico que personal de menor cualificación y formación académica como las enfermeras generalistas, ocupen reiteradamente esos puestos.

5. Mejorar las condiciones laborales de las matronas garantizando condiciones dignas de los contratos, estabilidad en el empleo y jornadas laborales acordes con la complejidad del puesto de trabajo y facilitando la continuidad de los cuidados. Creación de bolsas únicas para matronas en las CCA que no la tienen, concretamente Madrid.

Revisión de baremo de méritos ya que hay constancia de que, entre otras cosas ilógicas, algunas autonomías por ejemplo, con su sistema de baremación están

primando a profesionales formadas en el extranjero en detrimento de profesionales formados en España con calidad superior a la mayoría del entorno europeo.

- 6. Mejora de las retribuciones como especialistas** con altísima responsabilidad al cuidar a dos clientes/usuarios/pacientes al mismo tiempo. Desde hace décadas, la medicina materno fetal considera que el feto no es solo un “apéndice” de la madre sino que su categoría es de segundo paciente, con sus propias incidencias de salud ajenas al estado de la madre. Hasta el año 1987, cuando se cambió el modelo retributivo la diferencia salarial de las matronas con enfermeras generalistas era acorde con la especialización, competencias y complejidad del trabajo. A partir del nuevo modelo retributivo perdimos un 13% mientras la enfermería general aumentaba sustancialmente. Sin duda, se puso de manifiesto que las matronas durante siglos arrastramos dos grandes debilidades: la mayoría absoluta somos mujeres y representadas por organizaciones profesionales o sindicales para los que somos invisibles, por ser minoría.

A todas luces, es un agravio comparativo no sólo con las matronas sino con el resto de enfermeros especialistas que, como se ha hecho evidente, somos necesarios en cada área y por tanto, sobradamente justificada una diferencia salarial que remunere el mayor esfuerzo formativo y la especificidad de las funciones especialistas.

- 7. Definir dentro de los hospitales maternos, espacios separados que atiendan a mujeres de bajo riesgo gestionados exclusivamente por matronas.**

En la experiencia de muchos países de nuestro entorno, es muy beneficioso para las mujeres y los resultados perinatales, la actitud, aptitud y la evidencia científica para el cuidado y atención del proceso de bajo riesgo bajo la dirección de la matrona.

- 8. Establecer los ratios matrona/número de nacimientos en hospitales considerando el grado de complejidad del trabajo, similar al de las unidades de cuidados intensivos.**

La OCDE en su estudio también señala las ratios de matronas por cada 1.000 nacimientos. En este caso la media de la ratio de matronas por cada 1.000 nacimientos de los países estudiados se establece en 25,9 mientras que en España esta ratio se sitúa en 12,4 matronas por cada 1.000 nacimientos como se indicaba anteriormente, nuevamente muy por debajo de la media del resto de países.

En España estamos pues, muy lejos de la media europea como lo está la enfermera generalista.

También en AP se tiene que revisar la población asignada para cada matrona. En este momento algunas matronas se ocupan de hasta 3 Centros de Salud. La presión

asistencial les impide desarrollar algunos programas de salud con mujeres menopaúsicas y adolescentes.

9. **Promover y facilitar la formación continuada** para el colectivo y estimular la investigación sobre cuidados y otros temas relevantes sobre la salud de las mujeres.
10. **Potenciar las Unidades Docentes (UDD) de Matronas**, dotándolas de suficientes recursos materiales y humanos que permitan cumplir el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)—según Orden SAS-1349/2009—, y los requisitos de formación previstos en la DIRECTIVA 2005/36/CE, trasferida al ordenamiento jurídico español en el RD. 183/2008.

Con las siguientes medidas:

Las UDD, ya sean bajo el patrón de Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), o el más reciente de Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM), adolecen de falta de recursos suficientes. Esta carencia se manifiesta, sobre todo, en las matronas que imparten la docencia teórica y en las tutoras-es de residentes, quienes no tienen, en gran parte de las ocasiones, ningún tipo de compensación (ni económica, ni horaria, ni valorativa...), y su dedicación depende, en una gran mayoría de casos, del altruismo, la voluntariedad y el esfuerzo de las matronas del equipo.

Asegurar el cumplimiento del Programa Formativo teórico en su totalidad, como exige el ordenamiento jurídico tanto en lo relativo al tiempo de formación, como a las materias, especialmente en las UD Multiprofesionales; y vigilar, asimismo, el cumplimiento del Programa Formativo práctico (respetando el itinerario formativo de los especialistas en formación). Basadas estas vigilancias en el RD. 183/2008, que establece: “Las unidades docentes... se someterán a medidas de control de calidad y evaluación... La Agencia de Calidad coordinará las auditorias, informes y propuestas necesarios para... evaluar... el funcionamiento y la calidad del sistema de formación...”

En los casos necesarios, contemplar la posibilidad, ya en uso en algunas UD y UDM, de reagrupación de residentes de varias de estas Unidades, para una mejor optimización de recursos y garantía de cumplimiento del Programa formativo teórico.

Crear un sistema unificado de acceso a la docencia, que valore, de manera imparcial, el curriculum de las matronas aspirantes a la misma, y que debería realizarse “con sujeción a los criterios generales que en su caso apruebe la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud” (según RD. 183/2008). Si bien

suelen ser las Comisiones de Docencia las encargadas de la selección, no hay un baremo unificado que garantice la imparcialidad de la selección, por lo que son posibles, situaciones de nepotismo y parcialidad, priorizando la participación de las matronas en la impartición de materias teóricas del programa.

Dotar del presupuesto suficiente a las CCAA (y, por ende, a las entidades titulares de los Centros hospitalarios, de AP, y otros dispositivos docentes) para que las tutoras-es puedan dedicarse a sus múltiples tareas de tutorización de residentes, entre otras, y según el RD. 183/2008: "...planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente", con garantías de cumplimiento, sin que vean duplicado su trabajo y esfuerzo, y sin la necesidad de utilizar su propio tiempo personal y no contar con compensación alguna (horaria, retributiva, etc.)

Enviada a la Comisión de Reconstrucción de Sanidad y Salud Pública, Sociales y Sistema de Cuidados.

Sr. D. Francisco Javier López Álvarez, presidente de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica

Madrid a 23 de junio de 2020