



Febrero de 2023

Desarrollo de la profesión de matrona en España: retos y recomendaciones

El presente informe ha sido elaborado por la empresa de servicios profesionales Crowe a petición de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) para realizar una evaluación objetiva del estado a diciembre de 2022 y de las necesidades a futuro de la profesión de matronas en España.



Contenidos

Resumen ejecutivo	5	5 Revisión del grado de desarrollo actual de las competencias de las matronas en España	31
1 Análisis de la importancia de las matronas en la calidad de la atención a las mujeres	7	5.1 Análisis comparado entre matronas vs. otras especialidades de enfermería en España	31
1.1 Evolución del marco estratégico	7	5.2 Estudio comparativo de la ejecución de las competencias profesionales de las matronas en España vs. otros países de interés	35
1.2 Competencias profesionales de las matronas en la calidad de atención en la salud de las mujeres y los neonatos	7	6 Descripción del modelo formativo y contenidos de la especialidad en España, comparado con otros países de interés	39
2 Situación de la salud sexoafectiva y reproductiva en España	11	7 Conclusiones y recomendaciones	41
2.1 Salud sexoafectiva en España	11	7.1 Retos identificados	41
2.2 Salud reproductiva en España	14	7.2 Medidas para el abordaje de los retos identificados	42
2.3 Disponibilidad de matronas en España y comparativa a nivel internacional	17	7.3 Recomendaciones propuestas	43
2.4 Necesidad de matronas, proyecciones poblacionales y nuevos modelos de atención personalizada	20	8 Referencias	45
3 Análisis del marco profesional de las matronas a nivel europeo	23	Anexo: Pasos para crear el grado de acceso directo	47
3.1 Reconocimiento legal de la especialidad en la Unión Europea	23		
3.2 Marco formativo de las matronas en la Unión Europea	24		
3.3 Descripción de los modelos formativos y vías de acceso a la profesión en países de interés	25		
4 Estudio del contexto estratégico/legal en materia de formación y ejercicio de la profesión	27		
4.1 Evolución del marco legislativo del ejercicio y la formación de las matronas en España	27		
4.2 Desarrollo de las profesiones sanitarias e impacto sobre la especialidad de matronas en España	29		





Resumen ejecutivo

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.

Esta profesión 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.

Entre sus funciones se encuentran la prevención/detección de ITS, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el asesoramiento de métodos anticonceptivos, formación en sexualidad a jóvenes, acompañamiento de la mujer en el proceso de embarazo, parto y nacimiento, puerperio y lactancia, así como apoyo en el periodo premenopáusico/menopáusico.

Actualmente existen una serie de factores contextuales a partir de los cuales las matronas adquieren un rol clave en la respuesta sanitaria. La población de España tiene una tendencia al envejecimiento, disminuyendo en un 6,8% la población de mujeres fértiles, aumentando la edad media de maternidad (a 32,6 años) y descendiendo la tasa de fecundidad (a 1,2 hijos por mujer) en los últimos 10 años.

Se trata de aspectos que aumentan la complejidad en los procesos de embarazo, parto y nacimiento, p.ej. hay un 25% de partos realizados por cesárea, 10 p.p. por encima de la recomendación EAPN (15%). Para enfrentar dichas problemáticas promoviendo el parto normal, diversos países están implementando la modalidad *one-to-one* (una matrona por mujer), con el fin de asegurar un acompañamiento continuo y personalizado que haga seguimiento a posibles complicaciones. La modalidad de atención personalizada de una matrona presenta diversos beneficios, entre ellos la disminución en el número de cesáreas, en la estimulación farmacológica, en el uso de epidurales, en el número de partos distócicos y en las hemorragias postparto.

Por otro lado, en España hay un aumento en el diagnóstico de ITS, con un alza del 157% en mujeres entre los años 2016-2019, siendo la *Chlamydia trachomatis* la ITS que muestra mayor incidencia, superando incluso el número de casos masculinos, con un 54,4% de los casos nacionales (2019). Esta infección requiere de un papel relevante por parte de las matronas en su detección temprana, prevención y tratamiento, ya que de no ser tratada puede afectar posteriormente en la fertilidad de las pacientes.

Si bien la tasa de matronas ha aumentado paulatinamente hasta las 6,1 matronas cada 10.000 mujeres entre 14-65 años (rango etario al que atienden las matronas) en el 2020, la tasa española se sitúa por debajo de la mediana europea, 9,1.

Así, se estima que son necesarias 5.093 matronas para llegar hasta la mediana europea, aunque la situación entre CCAA es heterogénea. Además, hay que tener en cuenta el alto porcentaje de profesionales que se aproxima a su jubilación (por ejemplo, en Cataluña se prevé que se jubilen 711 matronas entre 2022-2026), lo que hace necesario cambiar pronto la estrategia para aumentar la tasa nacional de matronas.

Una posibilidad para ampliar la tasa de matronas es cambiar el modelo formativo para facilitar el incremento de profesionales con las competencias necesarias. Actualmente, en la Unión Europea, la formación de las matronas es una formación universitaria, teniendo dos modalidades de acceso: directa al grado de matrona o de especialidad, cursando previamente el grado de enfermería.

En comparación con Alemania, Francia e Italia, que tienen la modalidad de acceso directo, y con Reino Unido, que tiene ambas modalidades,

España es el único país que sólo cuenta con la especialidad como modalidad de formación de matronas, dificultando el acceso a la profesión.

Comparativamente con dichos países, España es el país en el cual se otorgan por norma más competencias profesionales en su plan de estudio, pero las matronas tienen dificultades para ejercerlas por el bajo ratio nacional, la intromisión de otras profesiones y la falta de reconocimiento de dichas competencias en los servicios sanitarios. De entre los principales países de referencia, el que más asimila a España en su marco competencial es Francia, donde la matrona también hace un acompañamiento prolongado a las distintas fases de la vida de la mujer, desde la adolescencia hasta la menopausia. Así, la modalidad de formación de acceso directo francesa de 4-5 años es una opción para asegurar la calidad de atención y conocimientos claves que debería tener una matrona, asegurando un incremento mayor en el número de matronas formadas que la actual modalidad de especialidad.

Permitir el acceso directo al grado de matrona representaría un menor coste público en formación por profesional y un aumento en la calidad de los servicios de salud sexoafectiva y reproductiva.

El gasto público en formación depende del tipo de institución que la imparte, en España el estado cubre el 75% del gasto público y 0% del privado.

Por lo tanto, en la actualidad formar a una matrona en una universidad privada y realizando la especialidad posteriormente le cuesta al gobierno unos 31.927€¹ ya que sólo contempla el coste de la residencia EIR durante dos años, mientras que una matrona formada por una universidad pública cuesta aproximadamente 47.059€ (sumando la residencia EIR y el gasto del grado universidades públicas es 15.132)². Si se realizara una formación de grado de acceso directo 4-5 años, el coste público sería entre 60%³ si la universidad es pública y 100% menor si la formación es privada.

No cambiar la estrategia de formación contribuye a mantener una baja tasa de matronas a nivel nacional. Además, la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* no establece cuáles deberán ser las profesiones y/o especialidades sanitarias encargadas de llevar a cabo las funciones de salud sexual y reproductiva en los servicios sanitarios. Es la mezcla de ambos factores por la actualidad existe una intromisión de otras profesiones sanitarias no especializadas que impacta en los indicadores de calidad de los servicios y de promoción del parto normal en España.

Realizar iniciativas que promuevan el desarrollo profesional de las matronas es invertir en el crecimiento de la población española promoviendo que la tasa de fecundidad y natalidad suba. Es dar soluciones estructurales y coste efectivas a las problemáticas de los servicios de salud sexoafectivos y reproductivos, con una inversión pública mucho menor que la actual en el medio plazo.



¹ Contemplando sólo el coste de sueldo para el residente.

² Dato de elaboración propia a partir de la media de los precios fijados y publicados para este grado mediante normas en cada CA (cubriendo el gobierno 75% del coste total de la formación de grado).

³ Utilizando como precio de referencia la media de los precios fijados y publicados mediante normas en cada CA para el grado de odontología, elegido por su duración (cubriendo el gobierno 75% del coste total de la formación de grado en universidades públicas).

1 Análisis de la importancia de las matronas en la calidad de la atención a las mujeres

1.1 Evolución del marco estratégico

En los últimos 15 años se han impulsado múltiples iniciativas para desarrollar el abordaje de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en España. En el año 2007 se publicó la *"Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud"* (EAPN), en la que participaron diversos agentes clave, entre ellos representantes de la Federación de Asociaciones de Matronas de España. Dicha iniciativa tenía como objetivo mejorar la asistencia multidisciplinar de la mujer y del recién nacido, haciendo un mayor seguimiento de las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia en la gestión de la maternidad (3) y actuando en relación con la sobremedicalización y la realización de intervenciones injustificadas (contraproducentes) durante el parto en España (1).

La creación e implementación de la EAPN, visibilizó la necesidad de fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva. Por dicho motivo se publicó en el año 2011 la *"Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva"* (ENSSR). Esta estrategia es resultado de un proceso participativo multidisciplinar, con el fin de desarrollar un abordaje diferenciado a la salud sexoafectiva y la salud reproductiva, intentando suplir las necesidades contextuales de la lucha contra el VIH/ITS, la violencia sexual y la exclusión social (2).

Más tarde, en 2012, el Ministerio de Sanidad realizó una evaluación general de la EAPN, poniendo especial atención en el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible (línea estratégica 1). Como resultado de dicha evaluación se identificaron oportunidades de mejora en varios indicadores.

Así, por ejemplo, el nivel de cumplimiento de las 9 recomendaciones sobre nacimiento alcanzó sólo el 14%, del 100% esperado. En consecuencia, el informe resultante instó a favorecer una mayor comunicación, formación e implementación de la EAPN en los profesionales y servicios sanitarios (4).

Por dicho motivo, a finales del 2018 se consideraba necesario realizar otro proceso consultivo para evaluar ciertas líneas estratégicas prioritarias relacionadas a la salud afectivo-sexual, creando un plan operativo 2019-

2020 para evaluar e impulsar mejoras en la atención de estos servicios a la población española (5).

Si bien el contexto de impulso de políticas relacionadas con la salud muestra un enfoque por parte de las autoridades sanitarias dirigido a desarrollar la salud sexoafectiva y reproductiva de la mujer, aún queda campo por recorrer para que esté en línea con los estándares plasmados en las iniciativas estratégicas.

1.2 Competencias profesionales de las matronas en la calidad de atención en la salud de las mujeres y los neonatos

La OMS ha identificado cinco ventajas generales asociadas a la presencia y desarrollo de la actividad de las matronas (6):

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”* (6), son 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.

En España se detallan por norma en su plan de estudio (7) las competencias profesionales específicas otorgadas a las matronas, con el fin de que estas realicen un acompañamiento integral en la salud sexoafectiva y reproductiva de la mujer.

Figura 1: Competencias profesionales de la matrona en España

		Matronas			
		Salud Sexoafectiva		Salud Reproductiva	
Atención	Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención del cáncer de cérvix (citologías). • Asesoramiento en materia de salud sexual a adolescentes y colectivos interesados. • Cribados de ITS y derivación. • Detección y atención en la violencia de género. • Consulta en la etapa peri-menopáusica y menopáusica. • Elección de métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Atención preconcepcional. • Educación grupal a embarazadas, pareja o acompañamiento (preparación al nacimiento). • Atención en el postparto hospitalario, en consulta y a domicilio. • Educación grupal postparto. • Asesoramiento/soporte en la lactancia materna y crianza. • Seguimiento del neonato sano (hasta el día 28). • Seguimiento y control del embarazo. 	
	Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la urgencia ginecológica. • Interrupción voluntaria del embarazo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la urgencia obstétrica y derivación. • Atención en el trabajo de parto en los embarazos de riesgo bajo y medio (derivando si procede). • Trabajo en equipo con el ginecólogo en la consulta y dilatación, en embarazos de alto riesgo y bienestar fetal. • Consultas de reproducción asistida. • Reanimación neonatal. • Cuidados en el aborto y pérdida fetal. 	
		Adolescencia	Adultez	Maternidad	Neonato

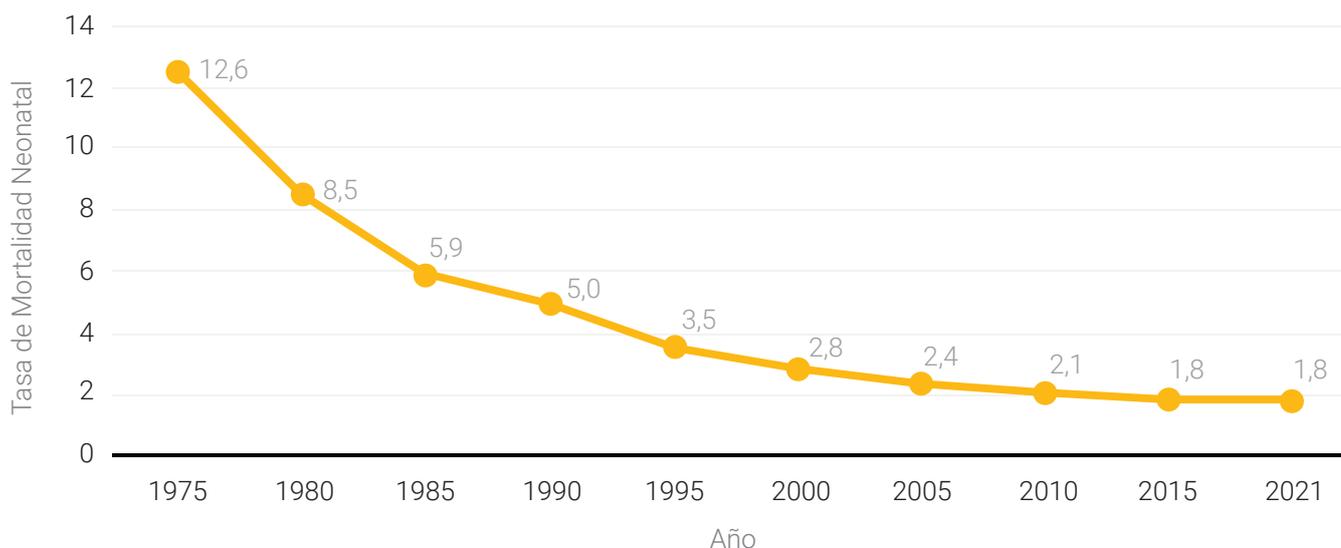
Fuentes: Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); Art. 54, Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento 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 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI).

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 (8).

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).

Es gracias a los avances de la ciencia y a la labor de los profesionales sanitarios, entre ellos las matronas, que desde el año 1975 la tasa de mortalidad neonatal en España ha disminuido un 86,7%, de 12,6 defunciones cada mil recién nacidos a 1,8 en el 2021 (12).

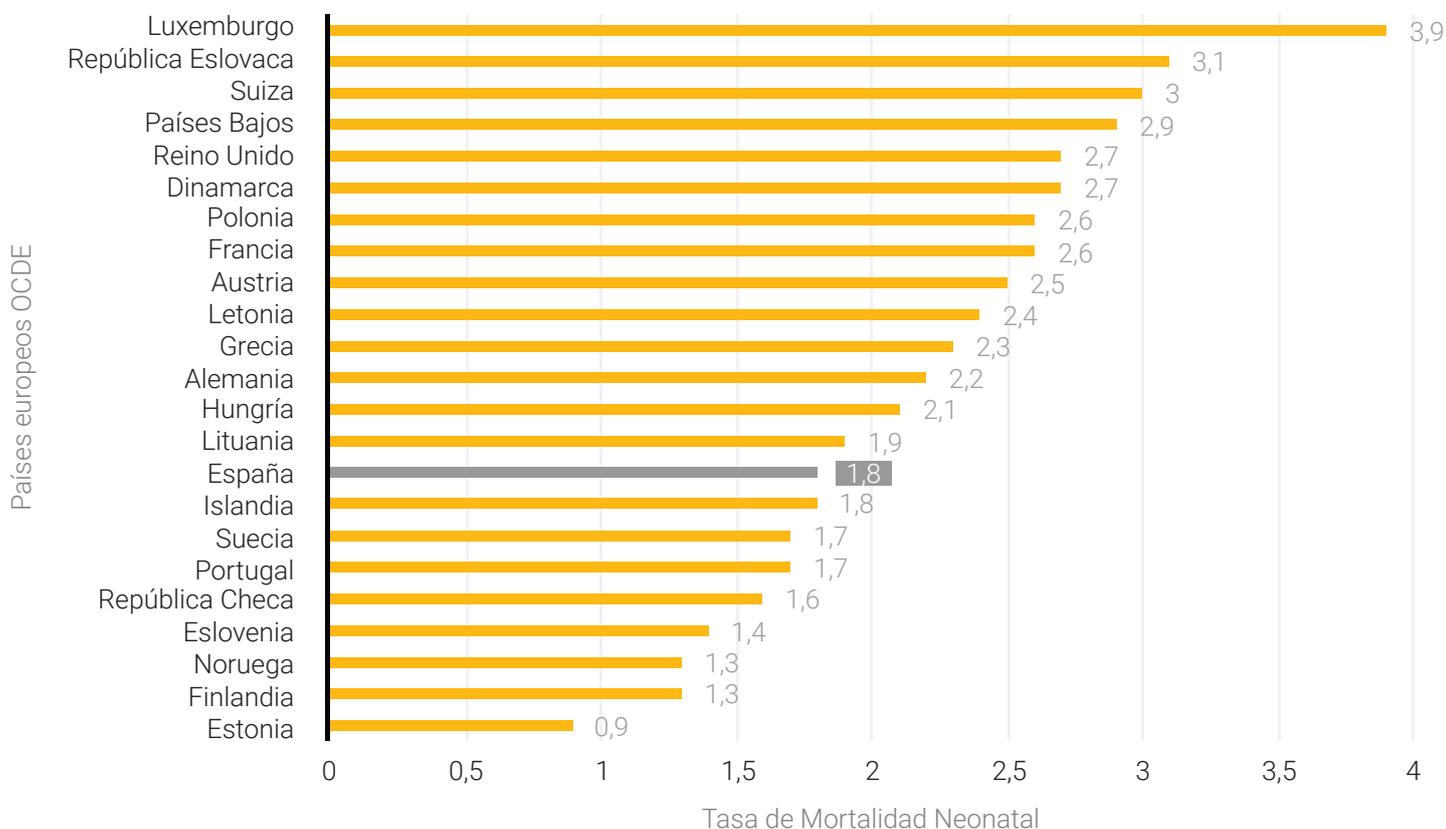
Gráfico 1: Evolución tasa de mortalidad neonatal cada 5 años entre 1975-2021 en España



Fuente: Datos Instituto Nacional de Estadística; 2022

Al comparar los datos publicados por la OCDE, en el año 2020 España se encontraba por debajo de la media de la tasa de mortalidad neonatal en países europeos (2,2 cada mil recién nacidos), lo cual es un reflejo de los esfuerzos estratégicos y la labor de las profesionales.

Gráfico 2: Tasa de mortalidad neonatal (cada mil recién nacidos) en el año 2020 en países europeos OCDE (con tasas publicadas)



Fuente: OCDE Health Data; 2022

La normativa vigente en España Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona), también establece la prevención y diagnóstico de ITS (infecciones de transmisión sexual) entre adolescentes y jóvenes entre las competencias profesionales de la matrona. Respecto a esto, se han impulsado algunas iniciativas en diferentes comunidades autónomas para la promoción de una vida sexual saludable en la juventud, en las que las matronas desarrollan un rol central. Por ejemplo, en la Comunidad de Canarias a través de la “Consulta Joven”, las matronas de Atención Primaria desarrollan talleres de educación y afectividad sexual para el alumnado de la ESO y Bachillerato de forma voluntaria y espontánea, lo que ha llevado que se esté protocolizando dentro de iniciativas de consejo sanitario. En Cataluña las matronas trabajan como parte de equipos multidisciplinares en las unidades ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva), donde se hacen cargo de la atención asistencial del “espacio joven”. Dicho espacio se enfoca en el cuidado de la salud sexoafectiva y reproductiva de jóvenes, derivando en casos más complejos a ginecología o psicología. Además, la matrona en Cataluña apoya, si es necesario, a la enfermera del programa “Salud y Escuela” (un tipo de intervención similar a “Consulta Joven”). Sin

embargo, el papel de las matronas en el ámbito de la salud sexoafectiva es heterogéneo y dependiente de la existencia de iniciativas similares a las mencionadas en las CCAA.

2 Situación de la salud sexoafectiva y reproductiva en España

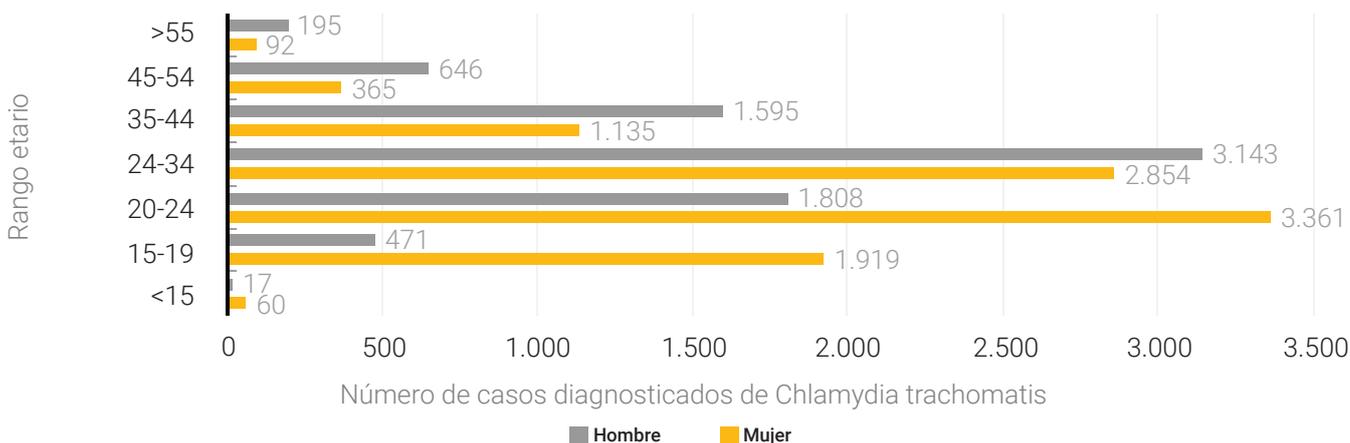
2.1 Salud sexoafectiva en España

Entre 2012 y 2019, los diagnósticos de ITS en España se han multiplicado 10 veces (1.073%), alcanzando su máximo en 2019, con 16.304 nuevos casos a nivel nacional. De hecho, a pesar de que son los hombres los que registran un mayor número de ITS, los casos registrados en mujeres aumentan con mayor intensidad, con un alza del 157% entre 2016 y 2019, frente a un 112% en hombres (13).

La *Chlamydia trachomatis*, es la ITS EDO (enfermedad de declaración obligatoria) que en las mujeres presenta mayor número de casos, llegando a tener incluso una mayor incidencia que en hombres, con un 54,4% del total de casos en 2019 (9.788 de los 17.667 casos diagnosticados a nivel nacional), a diferencia de las otras ITS. Además, las mujeres se contagian más jóvenes, con una mediana de edad al diagnóstico de 24 años frente a una mediana de 30 años en los hombres (14). En las mujeres, una infección de clamidia no tratada puede propagarse al útero y trompas de Falopio, causando enfermedad inflamatoria pélvica. Esta afección puede causar daños permanentes en el sistema reproductor, como dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico (13).



Gráfico 3: Número de casos diagnosticados de Chlamydia trachomatis según rango etario por sexo, el 2019 en España



Fuente: Informe vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España; 2019.

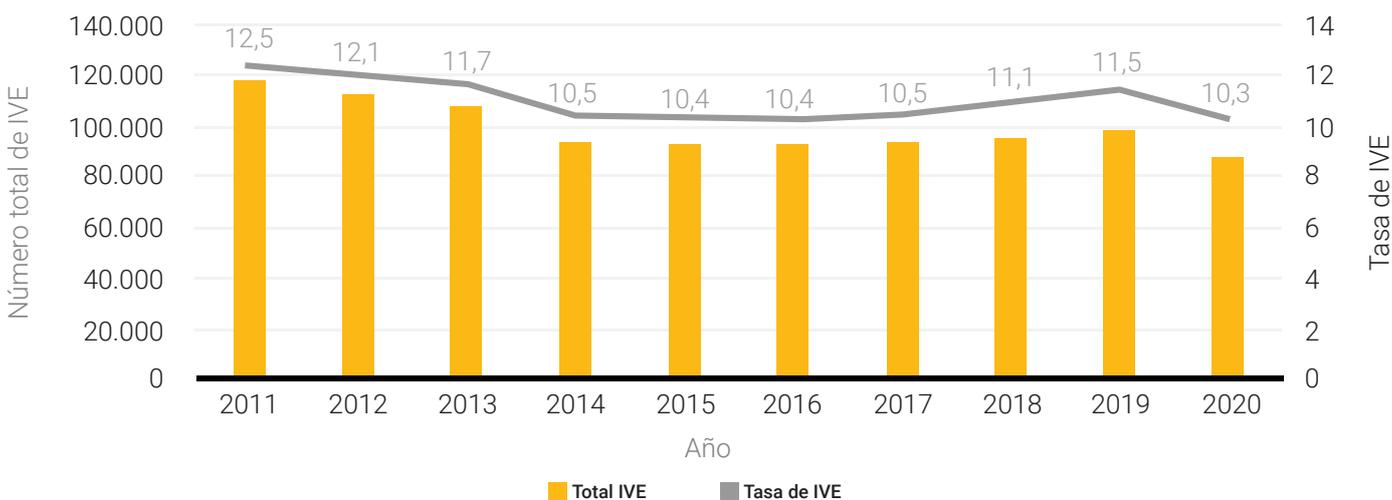
La incidencia de VIH/SIDA y otras ITS suele ser mayor en la población masculina. Por ejemplo, en 2020 había una tasa de VIH de 0,5 diagnosticados por cada 100.000 habitantes, de los cuales un 84,3% eran hombres frente a un 15,7% de mujeres (15). A su vez, en el año 2019, la tasa de *infección gonocócica* fue de 28,9 diagnosticados por cada 100.000 habitantes, de los cuales un 79,7% fueron varones. Además, ese mismo año la tasa de sífilis fue de 13,3 casos por cada 100.000 habitantes, con una tasa de 25,1 en hombres respecto de la tasa de 3,1 en mujeres (16).

Respecto a las cifras de cáncer en España, el cáncer de cuerpo uterino es el cuarto cáncer con mayor incidencia en mujeres, con 6.773 casos en el 2022, antecedido por el cáncer de mama, colorrectal y pulmón (en orden de mayor a menor incidencia). En el caso del cáncer cervicouterino la incidencia es menor (2.480 casos en 2022), gracias a los programas de prevención/cribado y el esquema de vacunación de VPH realizado a las mujeres en la adolescencia (17).

En relación con el uso de anticonceptivos en España el 2020, un 64,3% de las mujeres declara haber acudido a un servicio sanitario para que se le indique el método anticonceptivo más idóneo para su caso (18). Entre los criterios utilizados para la selección del anticonceptivo más adecuado se encuentran, la recomendación del personal sanitario que es el prescriptor con mayor

influencia final (44,2%), seguido del propio criterio personal de la mujer (31,2%). Durante el 2020, el 70,7% de las mujeres españolas en edad fértil utilizaba algún método anticonceptivo (18). El método más utilizado es el preservativo, con un 31,3%, seguido de la píldora, con un 18,5%, y del DIU de cobre, con un 4,3%. El porcentaje de mujeres que utiliza "doble método" para la prevención conjunta del embarazo no deseado e ITS es del 25,7%, siendo más habitual en mujeres más jóvenes (15 a 19 años). Un 38% de las mujeres en edad fértil declaró haber tenido que recurrir en alguna ocasión a la toma de la píldora del día después.

Gráfico 4: Evolución del número total de IVE y tasa de IVE (cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años), entre el 2011 y 2020, en España

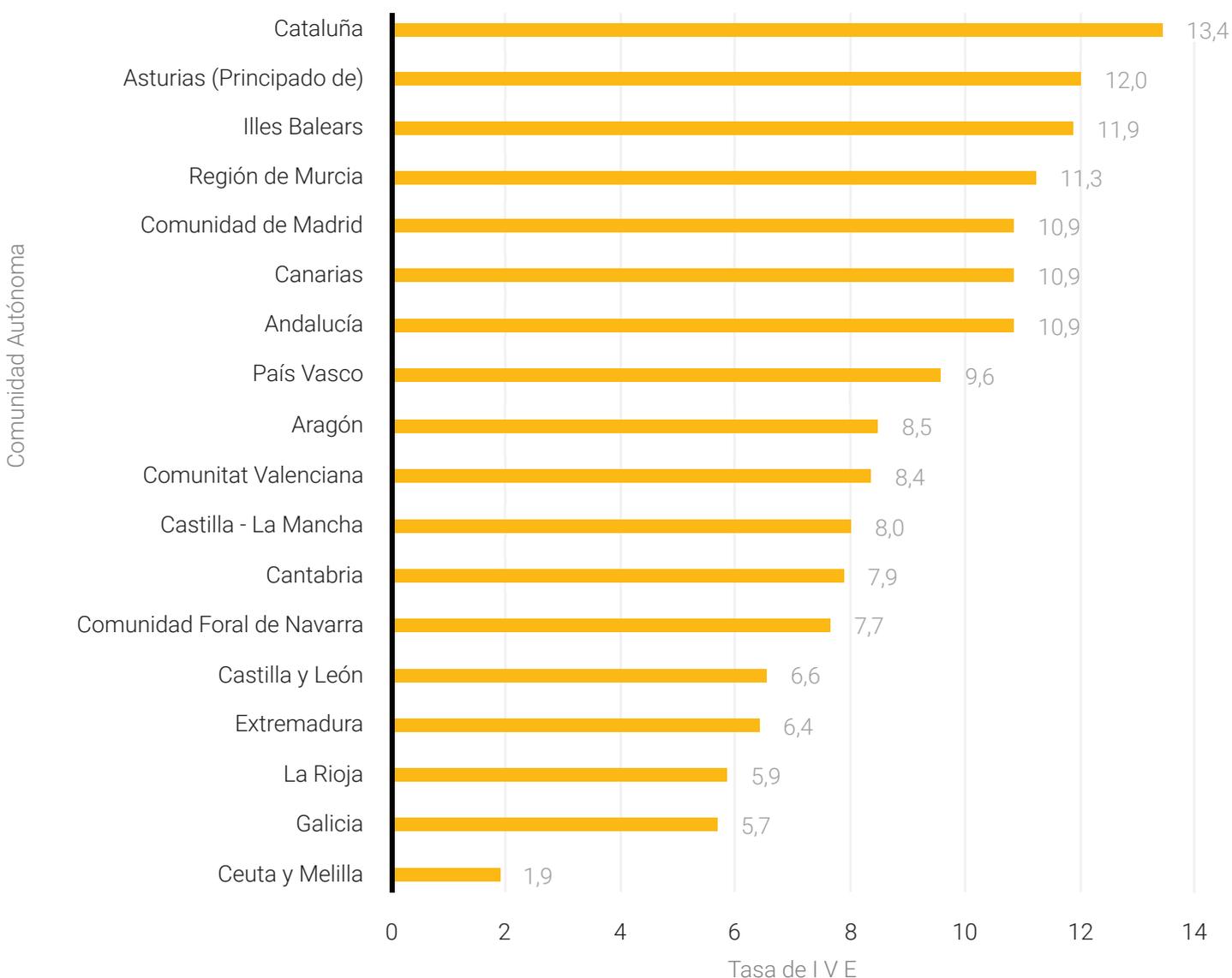


Fuente: Ministerio de Sanidad, 2022

En relación con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), 10,3 de cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años ha realizado una IVE el año 2020 en España, siendo la ratio más baja que ha tenido España desde el 2011.

Las cifras de las tasas de IVE varían entre Comunidades Autónomas, con Cataluña (13,4), Asturias (12) e Islas Baleares (11,9) presentando las tasas más altas y Ceuta y Melilla (1,9), Galicia (5,7) y La Rioja (5,9) las más bajas.

Gráfico 5: Tasa de IVE (cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años) el 2020 en las Comunidades Autónomas

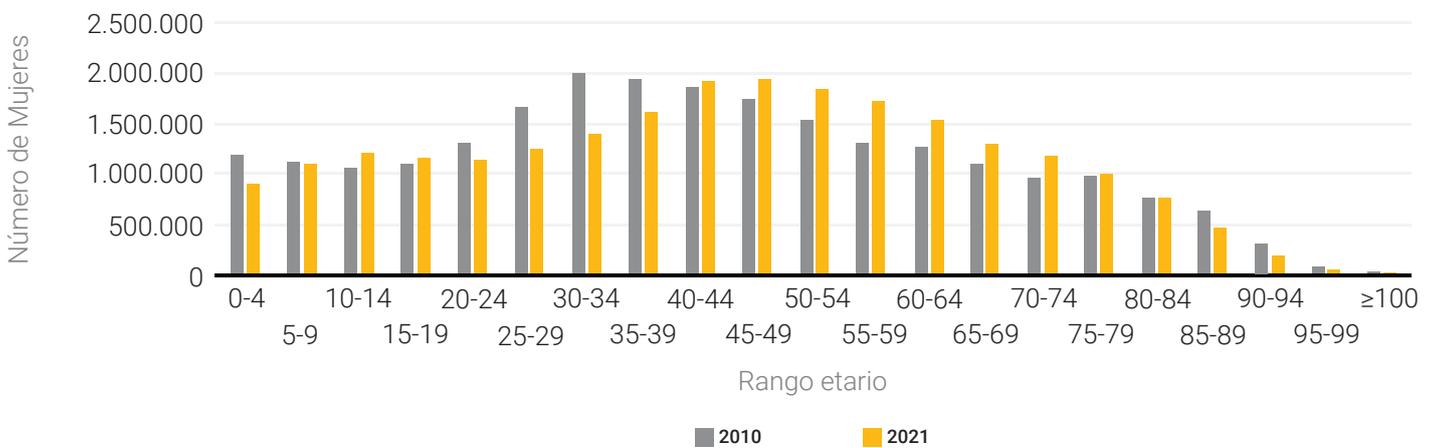


Fuente: Ministerio de Sanidad, 2022

2.2 Salud reproductiva en España

Según las estadísticas del año 2022 (19), las mujeres en España representan un 50,9% de la población. El proceso de envejecimiento de la población española ha conllevado que el número de mujeres en edad fértil (15-44 años) haya disminuido un 6,8% entre el 2010 y el 2021.

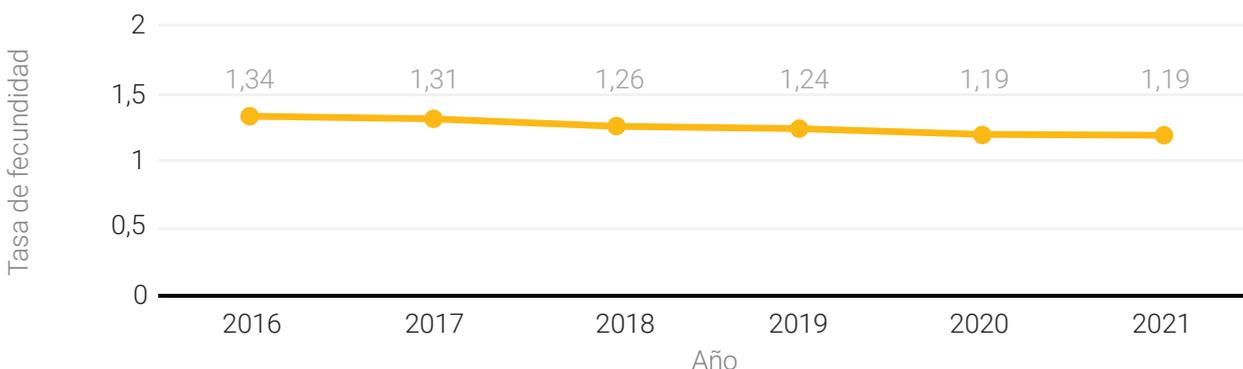
Gráfico 6: Comparativa de la distribución del número de mujeres según rango etario en los años 2010 y 2021 en España



Fuente: Datos Instituto Nacional de Estadística a partir de la encuesta 2022; España

Durante estos últimos años la tasa de natalidad española ha disminuido hasta los 7,1 nacidos por mil habitantes en 2021, un 30,8% menos de los registrados en el año 2010. La edad media de la maternidad es de 32,6 años y la tasa de fecundidad el 2020 es de 1,2 hijos por mujer, registrándose un descenso desde el 2016 (1,3 hijos por mujer). Dicha tasa se encuentra por debajo de la media europea en el año 2021, que se situaba en 1,53 hijos por mujer en edad fértil (20).

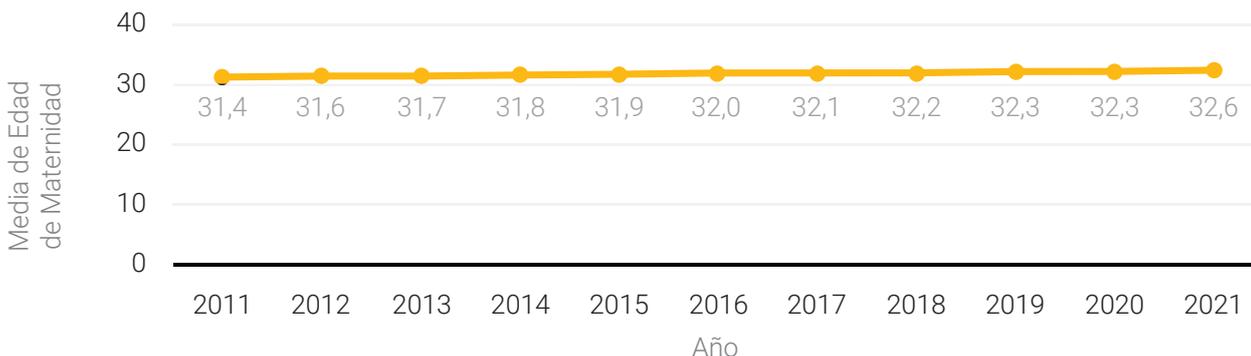
Gráfico 7: Evolución tasa de fecundidad (hijos por mujer), 2016-2021 en España



Fuente: Elaboración propia, datos Instituto Nacional de Estadística a partir de la encuesta 2022; España

Estos factores poblacionales, sumados a los movimientos migratorios que provocan la llegada de mujeres con patologías previas no tratadas o con variables culturales que impactan en su salud reproductiva, conllevan a que los procesos de embarazo y parto sean cada vez más complejos/riesgosos.

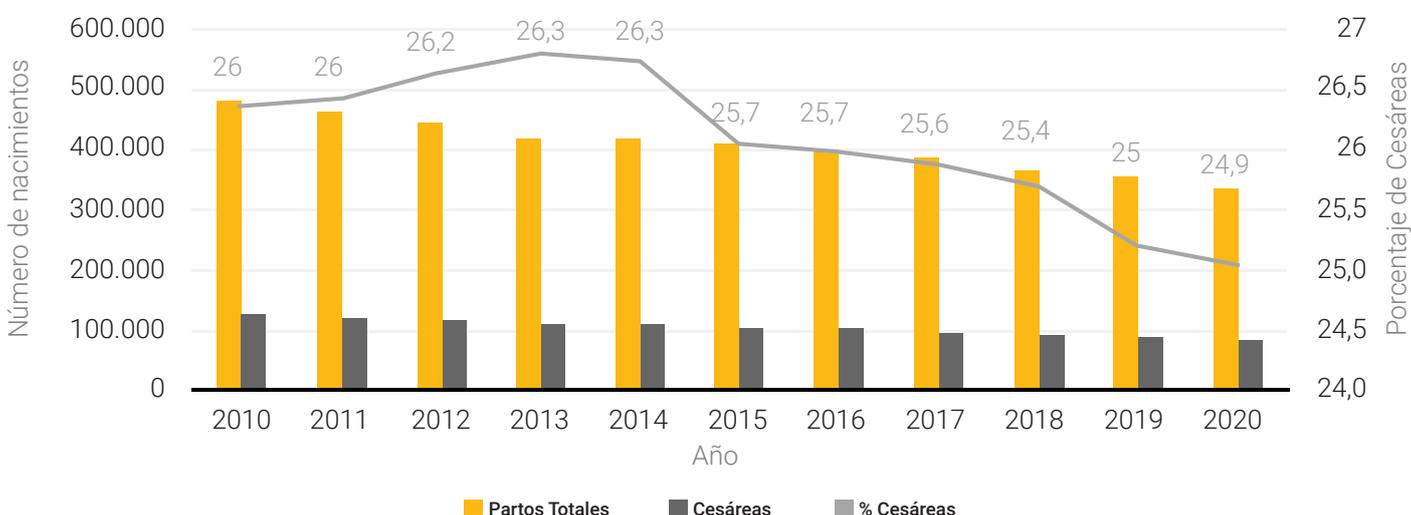
Gráfico 8: Evolución de la media de edad de la maternidad entre el 2011 y el 2021 en España



Fuente: INE, 2022

Si bien hay una disminución de 1 p.p. en el peso de las cesáreas sobre el total de partos entre los años 2010 (26% del total de partos) y 2020 (25%), el empleo de cesáreas se sitúa 10 p.p. por encima de la recomendación de la EAPN, situada en un objetivo máximo de un 15% del total de partos. Dicha tendencia no ha seguido a la disminución de partos realizados, ya que hubo un aumento en las cesáreas realizadas en el período del 2012-2014 y una disminución un poco más acentuada del porcentaje de cesáreas realizadas a partir del 2018.

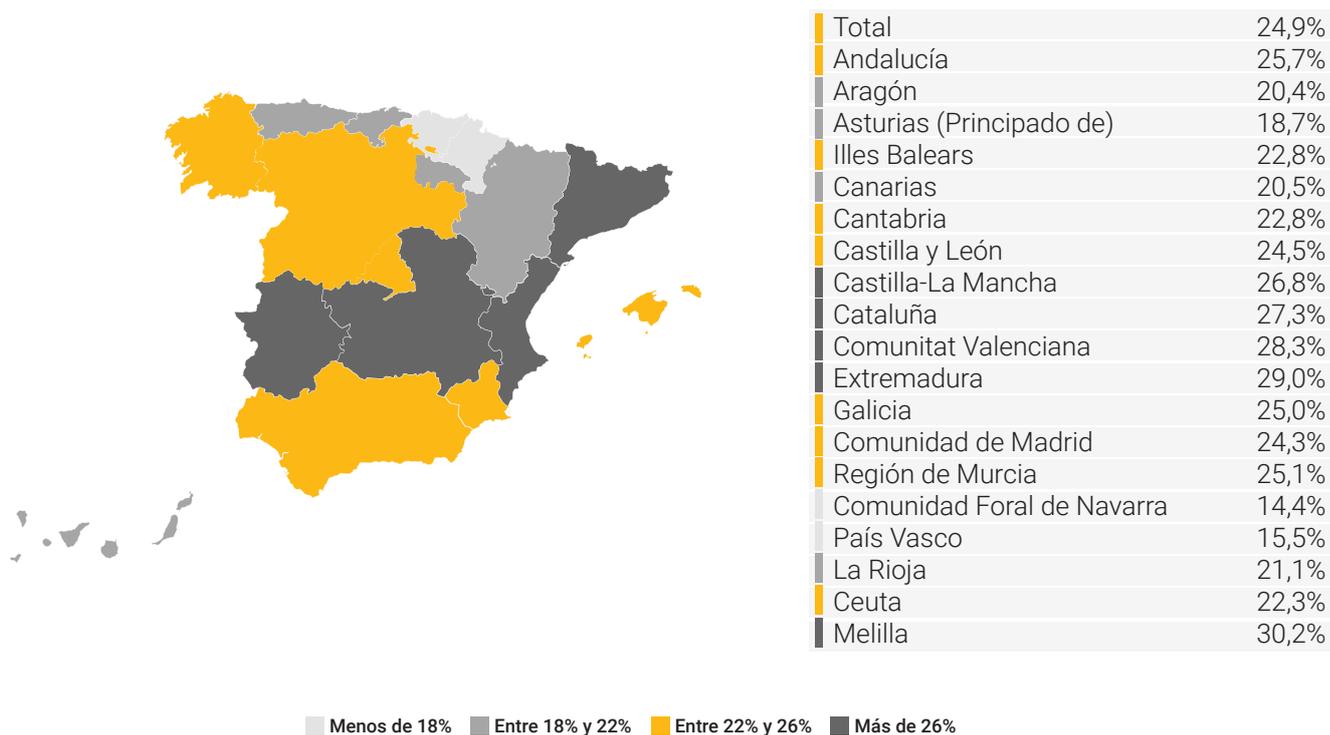
Gráfico 9: Número de partos, partos por cesáreas y porcentaje de cesáreas entre el 2010 y el 2020 en España



Fuente: Elaboración propia, datos Instituto Nacional de Estadística a partir de la encuesta 2022; España

La distribución del porcentaje de cesáreas realizadas en las comunidades autónomas es heterogénea. Mientras que Navarra y País Vasco se sitúan alrededor de las recomendaciones de la EAPN, Melilla, Extremadura, Comunidad Valenciana, Cataluña y Castilla-La Mancha se sitúan por encima del 26%, 11 o más puntos sobre el valor objetivo de referencia.

Figura 2: Porcentaje de cesáreas por nacimiento según Comunidad Autónoma, 2020, España

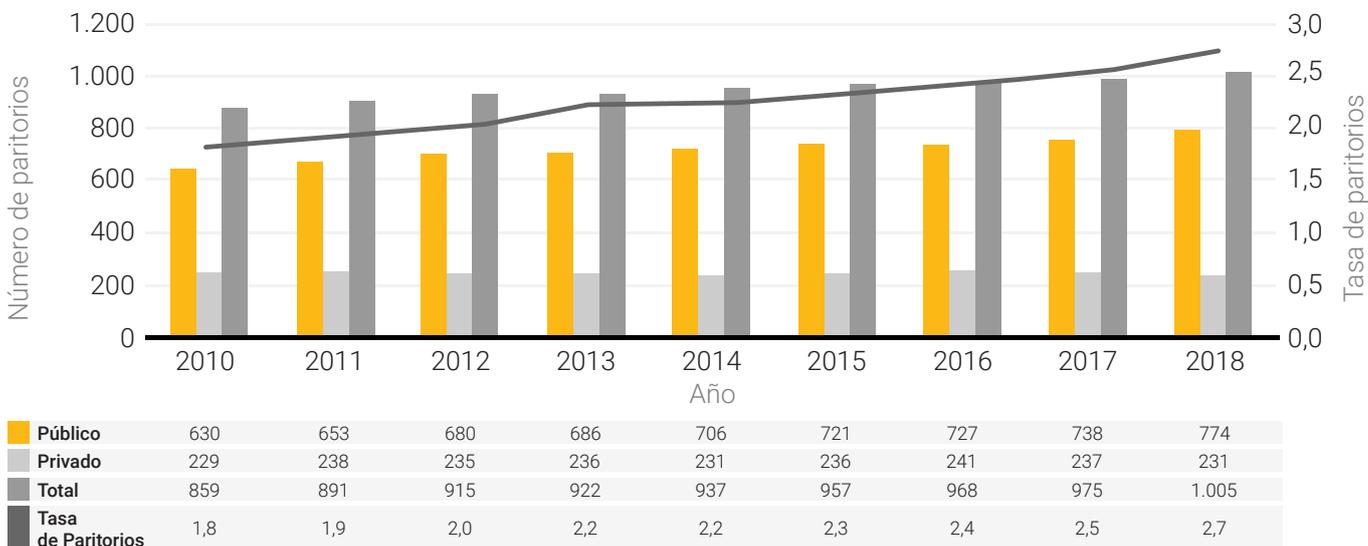


Fuente: Informe Salud y Género, 2022

Profundizando en la disposición de medios en salud reproductiva, según el informe de atención perinatal en España (3) en el año 2020 había 508 hospitales con oferta de atención de ginecología y obstetricia, de los cuales el 54,7% eran del Sistema Nacional de Salud (278 hospitales) y el 45,3% privados (230 hospitales). Entre el año 2010 y el 2018, hubo un incremento del 14,5% en la disponibilidad de paritorios en España (146 paritorios más), aumentando su disponibilidad de 1,8 a 2,7 paritorios por cada 1.000 partos/cesáreas.

Una alta disponibilidad de paritorios y un elevado número de matronas son dos de las variables exógenas más relevantes en el impacto sobre la reducción del porcentaje de cesáreas, de acuerdo con un estudio publicado recientemente en *Health Policy* (21).

Gráfico 10: Número de paritorios según dependencia del hospital (público-SNS, privado) y tasa de paritorios por 1.000 partos entre el 2010 y el 2018 en España



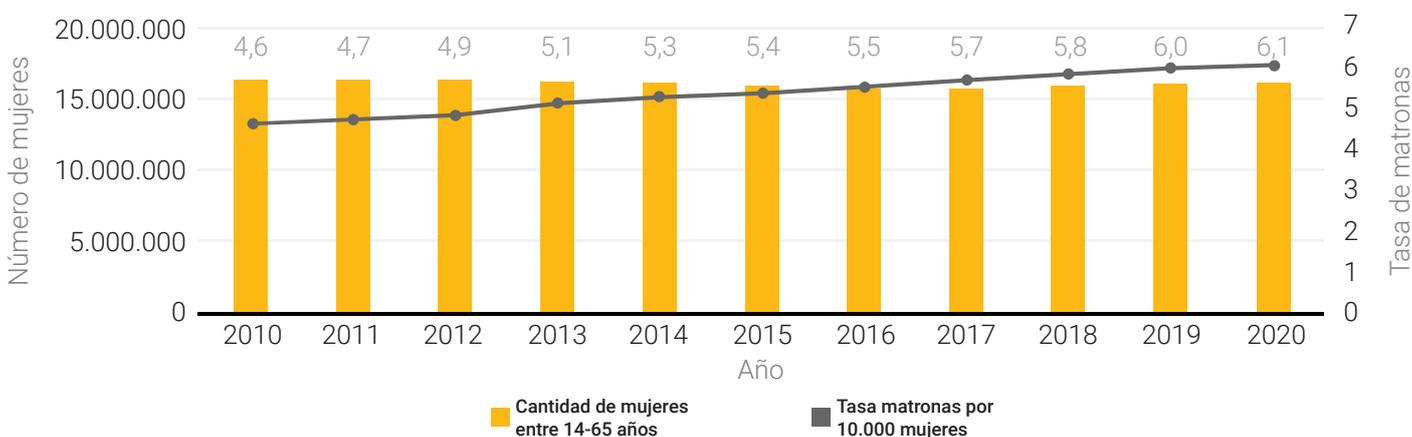
Fuente: Atención perinatal en España: análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios; Ministerio de Sanidad; 2020.

2.3 Disponibilidad de matronas en España y comparativa a nivel internacional

Las matronas son un grupo profesional que se compone en un 94% de mujeres.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2020 había 9.593 matronas colegiadas en España (un 93% mujeres)⁴, lo que supone una tasa de 6,1 matronas por cada 10.000 mujeres de 14-65 años (rango etario en el que se considera que la mujer puede requerir atención de una matrona), 1,5 puntos más que en 2010 (año en el que la tasa era de 4,6).

Gráfico 11: Evolución número de mujeres y tasa de matronas por cada 10.000 mujeres de 14-65 años entre el 2010 y el 2020 en España

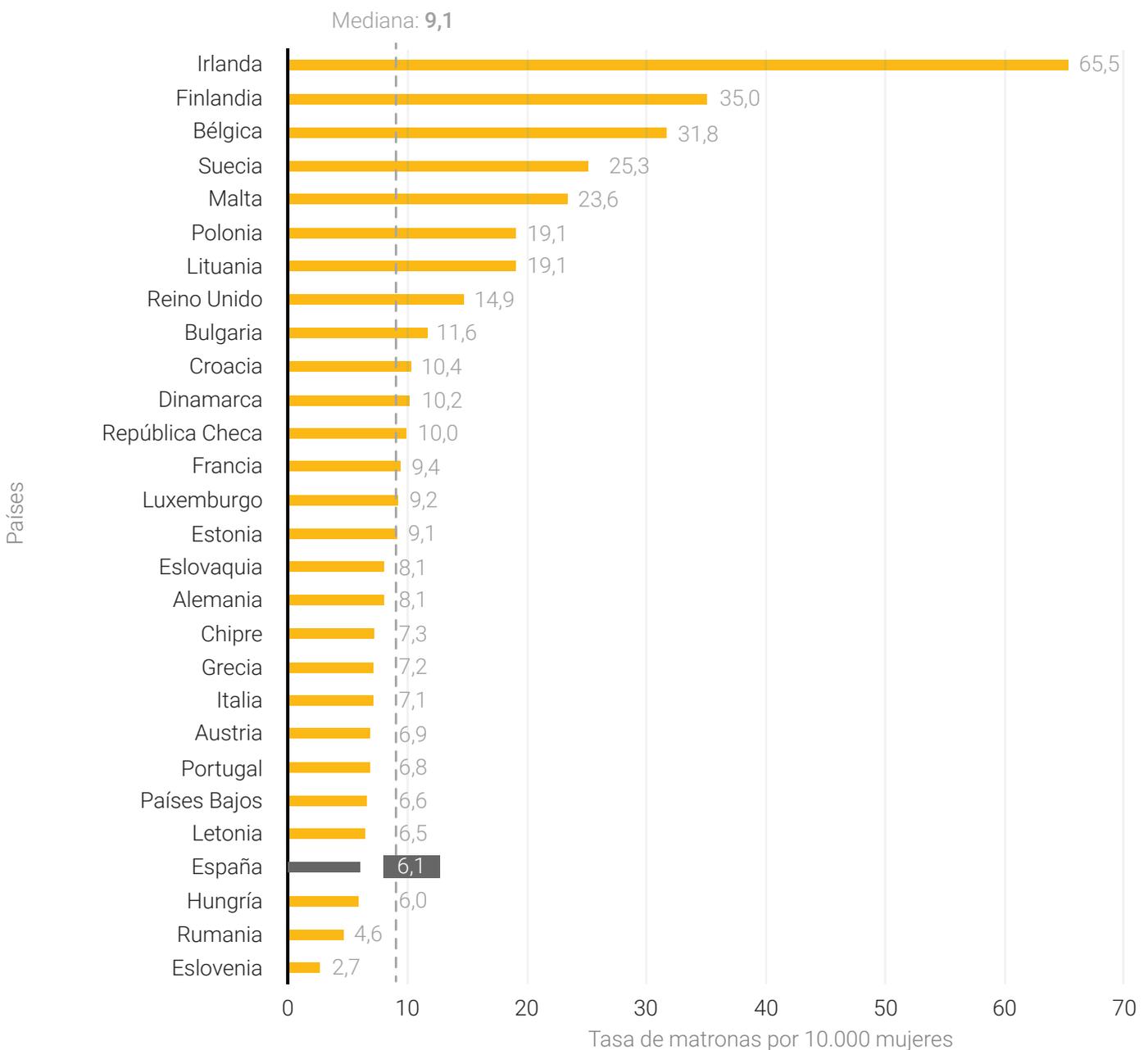


Fuente: Elaboración propia con Datos INE, 2022

⁴ Debe tenerse en cuenta que la colegiación de matronas no es obligatoria.

Dicha tasa se encuentra entre las más bajas de Europa, estando por debajo de la mediana del continente (9,1 matronas cada 10.000 mujeres entre 14-65 años). Al comparar con otros países europeos (incluido Reino Unido), la tasa española es sólo mayor a Eslovenia (1,7), Rumanía (4,6) y Hungría (6), mientras que países como Irlanda (65,5), Finlandia (35) y Bélgica (31,8) tienen las tasas más altas de matronas por 10.000 mujeres de 14-65 años.

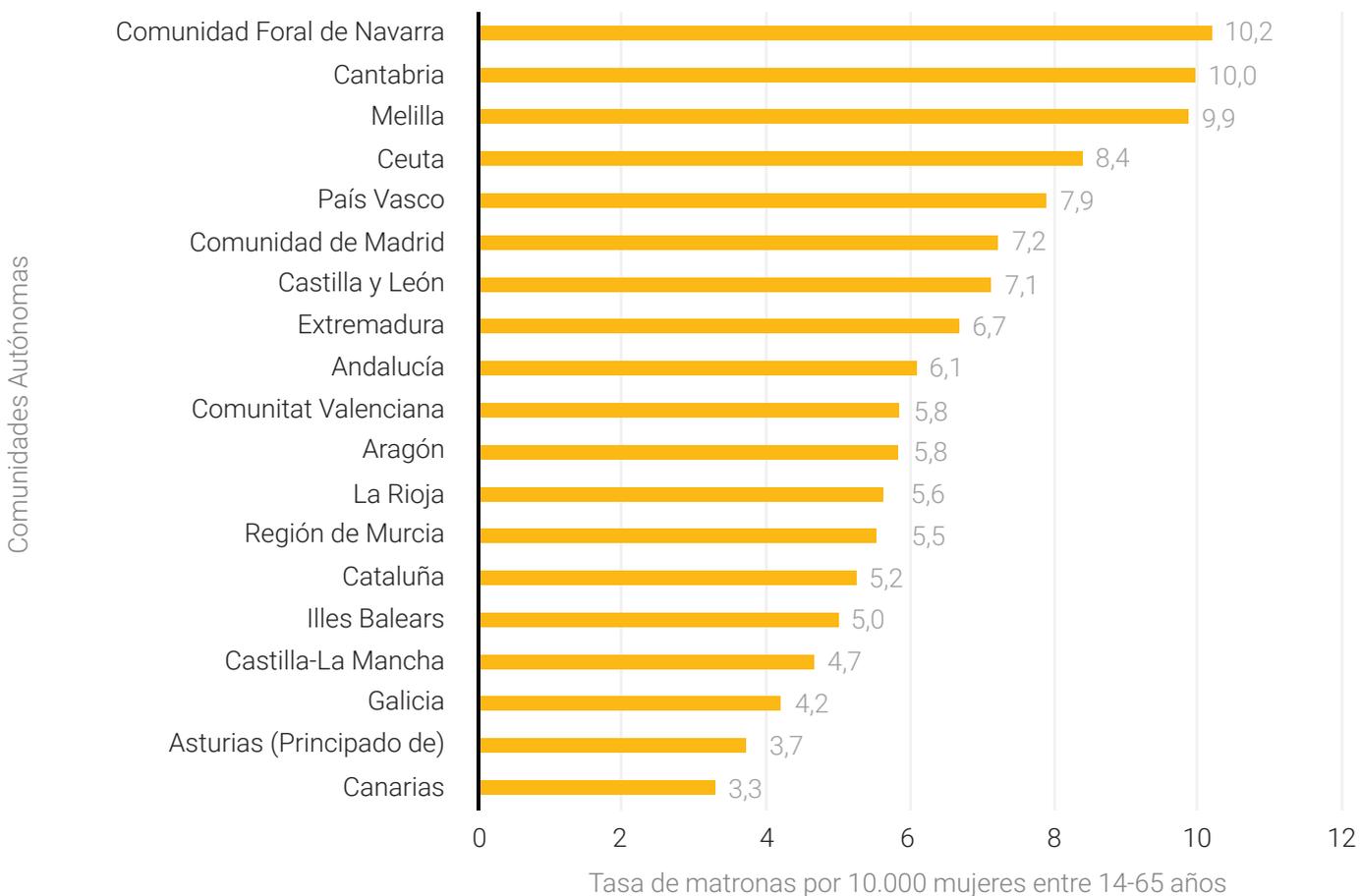
Gráfico 12: Tasa de Matronas por 10.000 mujeres de 14-65 años en el 2020 en países de Europa (incluyendo Reino Unido)



Fuente: Elaboración propia con datos OMS, 2022

Las comunidades autónomas presentan diferencias importantes en su tasa de matronas por cada 10.000 mujeres de 14-65 años. En 2020, Canarias y Asturias muestran las tasas más bajas (con 3,3 y 3,7 respectivamente), estando por debajo de la tasa nacional de matronas por 10.000 mujeres, mientras que las tasas más altas están en la Comunidad de Navarra (10,2) Cantabria (10) Melilla (9,9).

Gráfico 13: Tasa de Matronas por cada 10.000 mujeres (14-65 años) en el 2020 en cada Comunidad Autónoma de España



Fuente: Elaboración propia con Datos INE, 2022

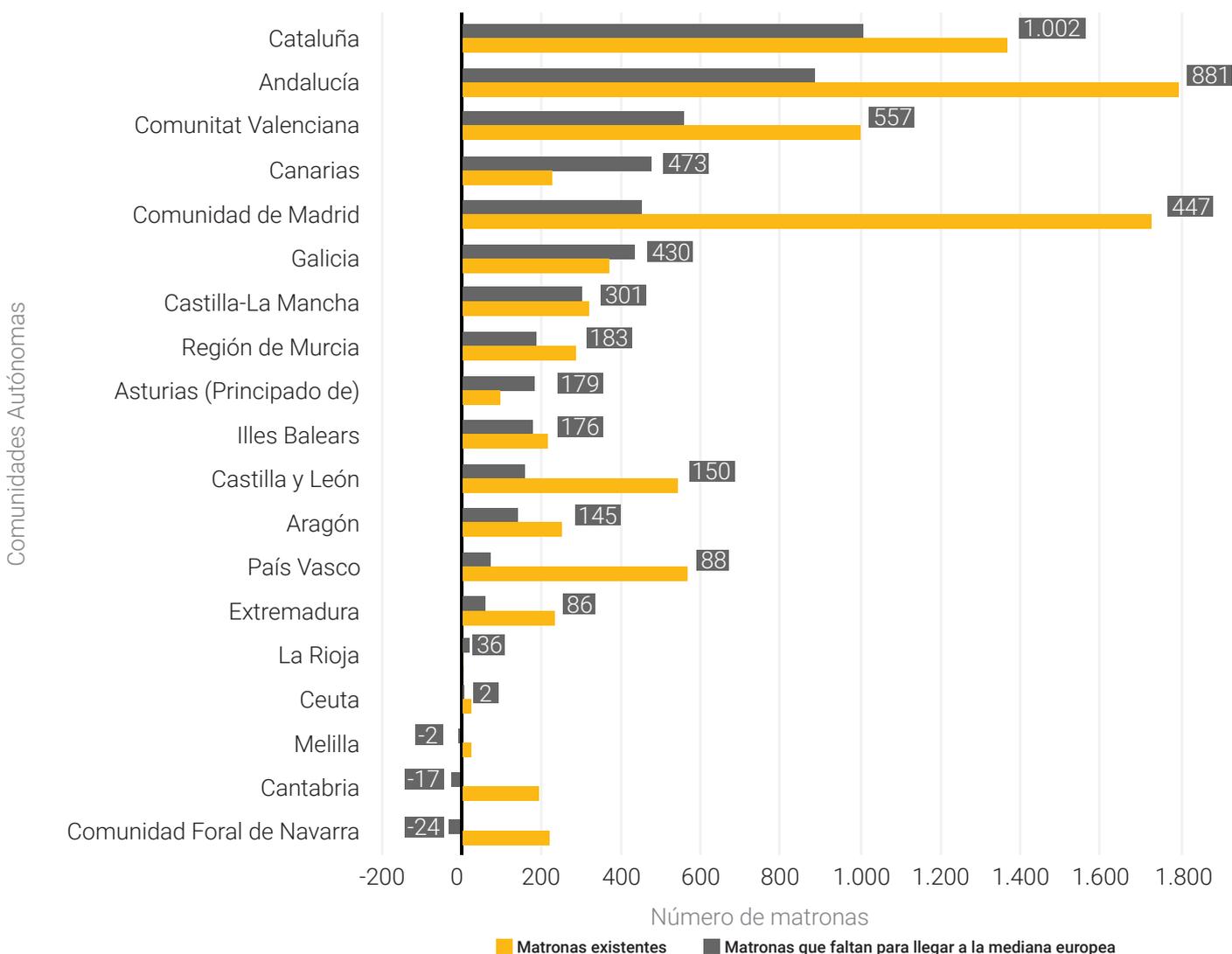


2.4 Necesidad de matronas, proyecciones poblacionales y nuevos modelos de atención personalizada

Para que la tasa de matronas cada 10.000 mujeres entre 14-65 años en España (6,1) llegue a la mediana europea (9,1) se calcula que se necesitan 5.093 matronas a nivel nacional⁵. La distribución de matronas varía entre las comunidades autónomas, mientras que la Comunidad de Navarra (con 24 matronas sobre la mediana), Cantabria (con 17) y Melilla (2 matronas) tienen una tasa de matronas que está en línea con la mediana europea, Cataluña y Andalucía necesitan un elevado número de matronas (necesitan 1.002 y 881 matronas respectivamente). Esto sin contemplar que además de la

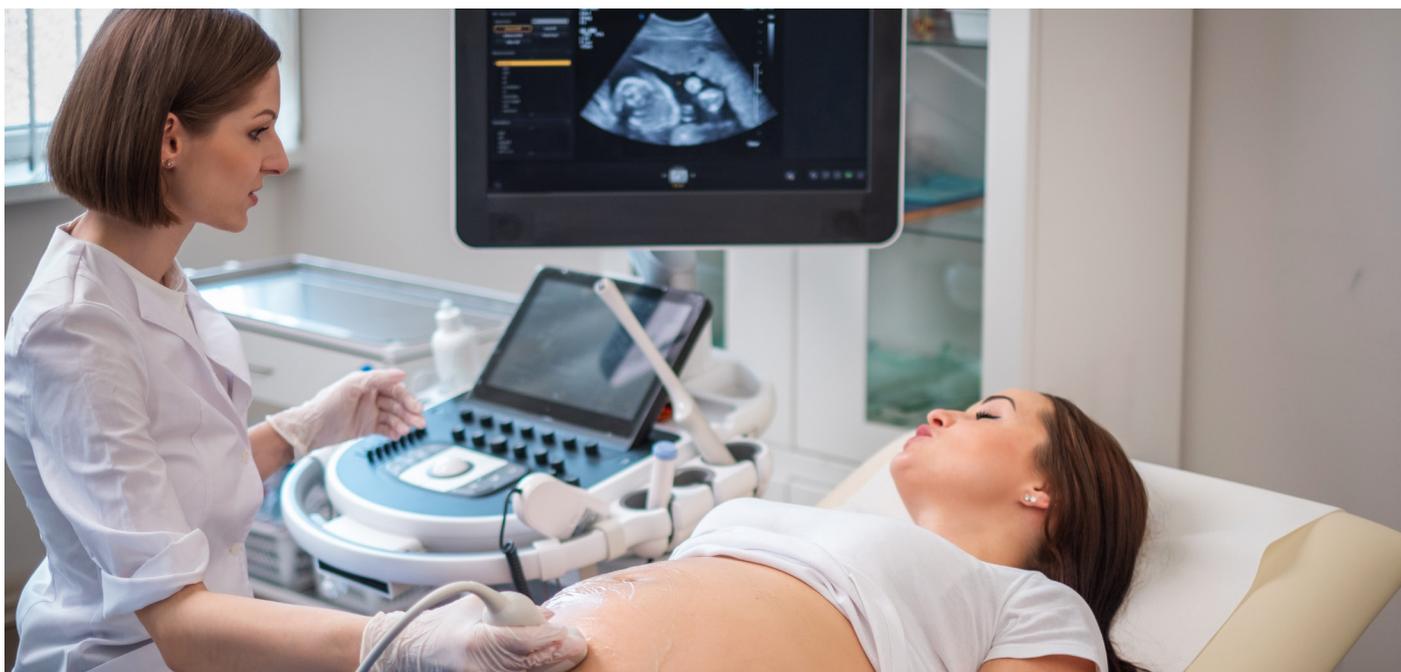
cifra actual de matronas, hay un porción de matronas que se acerca a su jubilación (la cual no está cuantificada en los portales estadísticos oficiales).

Gráfico 14: Número de matronas que faltan para alcanzar la mediana europea (tasa de matronas por 10.000 mujeres de 14-65 años) y las existentes en 2020 por Comunidad Autónoma



Fuente: Elaboración propia con Datos INE, 2022

⁵ Cálculo elaborado a partir de datos (población de mujeres residentes en España entre 14-65 años y Matronas) del 2020, ya que es la información más reciente publicada del número de Matronas en España.



Por otro lado, las proyecciones poblacionales de España indican que el envejecimiento de la población continuará aumentando. Así, se calcula que el porcentaje de población mayor de 65 años aumentará un 10,5% al año 2050. La tasa de fecundidad (número medio de hijos por mujer) mantiene una proyección con una leve tendencia al alza, con una estimación de 1,27 en el 2036, frente al 1,19 actual (21).

Dicha tendencia poblacional hacia el envejecimiento y el leve aumento de la tasa de fecundidad en España complejizan los procesos de parto/nacimiento. De este modo, se hace necesario realizar cambios en los modelos de atención para alcanzar los estándares planteados por la EAPN respecto a la calidad de los servicios de salud reproductiva y la promoción del parto normal. Uno de los modelos que se recomienda para enfrentar dichas problemáticas y mejorar la atención a la mujer es el modelo *one-to-one care* (atención uno a uno) creado en Reino Unido (22), e implementado en diversos países del mundo.

En este modelo una mujer durante su proceso de embarazo, parto y nacimiento es atendida por una matrona que sólo la cuida a ella. Dicha atención tiene como objetivo generar una experiencia positiva para la madre y el neonato, viviendo los procesos de embarazo, parto y nacimiento como eventos naturales para la mujer sana. Para ello se entabla una relación cercana entre la madre y la matrona, donde el empoderamiento de la mujer más la confianza en el liderazgo y habilidades de la matrona son clave. Por ejemplo, en Holanda las mujeres acuden, incluso de forma autónoma, a una matrona para recibir atención. Pese al descenso de la tasa de natalidad de dicho país, la opción de recibir atención personalizada por una matrona, independientemente de si es en un hospital o en su hogar, ha convertido a las matronas en un elemento esencial del desarrollo del sistema de salud materna y neonatal (6).

Diversos estudios demuestran el impacto positivo de este tipo de atención, comprobando que recibir una atención personalizada de una matrona favorece el parto normal, en línea con lo planteado por la EAPN, evitando el uso de intervenciones innecesarias (23), (24), (25), (26).

Se ha demostrado que las mujeres que reciben atención de una matrona (27), durante el parto tienen menos probabilidades de tener una cesárea (5,8% frente a un 7,2%) y de tener un parto vaginal quirúrgico (16,5% frente a 23,7%).

Entre los beneficios específicos de contar con una atención *one-to-one* (atendidas solo por una matrona) durante el proceso de parto normal en mujeres sanas (28) están la disminución de:

- Estimulación farmacológica del parto (25,4% versus un 34,2% en quienes no cuentan con una atención personalizada).
- Uso de analgesia epidural (0,43% frente a un 41,2%).
- Parto distócico (0% versus un 30,5%).
- Hemorragia postparto (1,2% versus un 1,7%).

Además, contar con una atención *one-to-one* promueve el aumento de:

- Contacto piel con piel temprano entre madre-bebé (50,4% versus un 40,3%).
- Inicio temprano del proceso de amamantamiento (42,9% versus un 35,6%).

Al comparar España e Irlanda (el país de Europa con la tasa más alta de matronas), un estudio (28) plantea que una de las principales barreras para implementar este modelo personalizado es la insuficiencia de matronas. Donde esta situación ocurría, la mayoría de las mujeres con embarazos de bajo riesgo fueron sometidas a protocolos de alto riesgo, a monitorización fetal continua o se les aconsejó que se les aplicará una epidural, cuando la carga de trabajo era alta, incluso cuando estas intervenciones no eran necesarias.



3 Análisis del marco profesional de las matronas a nivel europeo

3.1 Reconocimiento legal de la especialidad en la Unión Europea

Una formación de calidad es esencial para que las matronas puedan dar una atención en salud sexoafectiva y reproductiva de excelencia. La UNFPA, UNICEF, la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (ICM) identificaron tres prioridades estratégicas para la educación de las matronas (6):

1. Que todas las mujeres y todos los recién nacidos reciban la atención de una matrona, formada según las normas internacionales y autorizada para ejercer legalmente.
2. Que el liderazgo de las matronas se incluya en los procesos normativos, de planificación y de elaboración de presupuestos nacionales de alto nivel, a fin de mejorar la toma de decisiones sobre las inversiones destinadas a la educación de las matronas.
3. Que la coordinación entre distintos actores políticos respecto a las matronas busque la homologación mundial, nacional y regional de los procesos de educación/capacitación (conocimientos, investigación, materiales basados en la evidencia e inversión).

En el año 2001 la OMS publicó "La estrategia europea para la formación de enfermeras y matronas" con las guías para la implementación de la estrategia en los países. Posteriormente se acordó por el Consejo de la ICM, la definición mundial de la profesión de las matronas en el año 2005, en Brisbane, Australia, en la que se plantea:

"La matrona está reconocida como un profesional responsable, que rinde cuentas y trabaja en asociación con las mujeres. Para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio; dirigiendo los nacimientos y proporcionando cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia".

Esta definición fue aceptada posteriormente por la Asociación Europea de Matronas y la Federación de Asociaciones de Matronas de España, y se considera la definición actual de matrona a nivel internacional (29). No obstante, genera controversia el periodo específico en el cual la matrona atiende al recién nacido ya que, a nivel internacional, se reconoce la competencia en su cuidado desde el nacimiento y durante la lactancia, mientras que a nivel español solo se reconoce desde el nacimiento hasta el día 28 de vida según la Orden SAS/1349/2009, que define las competencias profesionales de las matronas y el programa formativo de su especialidad.



3.2 Marco formativo de las matronas en la Unión Europea

En el mundo, si bien es una formación universitaria (o en proceso de serlo), el acceso a la formación de matrona es muy heterogéneo. En “Las Normas Internacionales para la Formación de las Matronas”, publicadas en 2010 por la ICM, destaca la referencia a contar con políticas específicas de admisión al programa de formación, siendo requisito necesario contar con unos estudios previos de educación secundaria y disponer de un proceso de admisión a la formación de matrona que sea transparente. Además, en su enmienda del 2013, especifica que el plan de estudios de matrona debe incluir tanto elementos teóricos como prácticos, con un mínimo de 40% de teoría y 50% de práctica (30).

A nivel europeo, una piedra angular de la política implica la libertad de circulación de las personas entre los países miembros, lo que incluye a las matronas. Durante las décadas de 1970 y 1980, la Comisión Europea se centró en la preparación de Directivas separadas para diferentes profesiones, conocidas como “Directivas sectoriales”, dedicadas a la definición, homogenización y convalidación de grados profesionales. En el caso de las profesiones sanitarias, cada Directiva siguió un proceso de armonización de la educación sanitaria y, posteriormente, de la práctica sanitaria con el apoyo de las profesiones relevantes representadas en los comités asesores (31). En un principio el título de matrona se definió como una especialidad de Asistente Técnico Sanitario (ATS) y posteriormente de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). Este modelo formativo fue adaptado a partir de la Directiva 80/154/CEE, de 21 de enero de 1980 sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matrona, en todos los países pertenecientes a la Comunidad

Europea, y se detallaron las competencias desarrolladas en los programas formativos de las matronas en la Directiva 80/155/CEE, del consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona. El acceso a la formación de matrona viene regulado a través de la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y modificada por la Directiva 2013/55/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, que reconoce dos vías de acceso a la formación:

- Acceso directo a estudios teórico-prácticos independientes de matrona para lo cual es necesario contar con 12 años de enseñanza general básica o la posesión de un certificado que acredite la superación de un examen de nivel equivalente (en España equivaldría a bachillerato).
- Contar con el título de formación de enfermero responsable de cuidados generales para realizar la especialidad.



Figura 3: Acceso a la formación de matronas en la Unión Europea



La Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales se regula la formación de matronas en Europa, modificada por la Directiva 2013/55/CE⁷, señala que al menos, debe comprender una de las formaciones siguientes con el fin de preparar a las matronas para satisfacer necesidades de asistencia sanitaria complejas:

- Una formación específica a tiempo completo como matrona de, por lo menos, 3 años de estudios teóricos y prácticos.
- Una formación específica a tiempo completo de matrona, de al menos, 18 meses, supeditada a tener formación del grado de enfermería previamente.

3.3 Descripción de los modelos formativos y vías de acceso a la profesión en países de interés

Dentro del modelo formativo que tiene cada país existen distintas modalidades. Al comparar con países referencia de Europa (Reino Unido, Alemania, Francia e Italia), todos comparten algunas características similares, entre ellas que la formación de matronas es entendida como un grado universitario y que a partir de la Directiva 2005/36/CE todos estos países optaron por tener programas de acceso directo a la formación profesional de las matronas, es decir, sin necesidad del grado previo de enfermería, a diferencia de la modalidad española de formación, que es una especialidad. A pesar de que en todos estos países la formación se regula bajo un marco de formación universitaria, algunos países (Reino Unido, Francia) están más avanzados que otros (Alemania, Italia) en el proceso de transición de la formación vocacional⁶ a la formación académico-práctica basada en la ciencia.



⁶ Formación vocacional: Es un tipo de enseñanza, eminentemente práctica, que tiene como objetivo que el estudiante adquiera los conocimientos o habilidades propios de un determinado oficio, vocación o profesión. Es guiado por una mentora/tutora y no se basa primariamente en la ciencia.

A continuación, se expone una tabla comparativa de estos 4 países referentes, en la cual se detallan los modelos formativos de la profesión de matronas respectivos, describiendo los siguientes ámbitos:

- Nivel de formación.
- Acceso.
- Currículo (Teoría).
- Planes de estudio (Práctica).

Tabla 1: Comparación de los programas formativos de matronas en Reino Unido, Francia, Alemania e Italia

País	Reino Unido	Francia	Alemania	Italia
Nivel de formación	Tipos de grados: - Universitario: título de 3 años. - Especialidad: 18 meses (después de enfermería).	Tipos de grado: - Universitario: título de 4-5 años.	Tipos de grado: - Universitario: título de 3-4 años.	Tipos de grado: - Universitario: título de 3 años.
Acceso	Directo, se requieren: - Calificaciones académicas. - Evaluación personal.	Directo, a partir de: - Calificaciones académicas.	Directo, se requieren: - Calificaciones académicas. - Evaluación personal.	Directo, mediante: - Examen, sin entrevista.
Currículo (Teoría)	- Enfoque de aprendizaje centrado en el estudiante. - Estudiantes enseñados predominantemente por matronas experimentadas con calificaciones educativas.	- Los primeros 6 semestres se enfocan en conocimientos básicos para la profesión. - El segundo ciclo de 4 semestres corresponde a la maestría (diploma).	Temas definidos a nivel nacional que se ciñen a: - Sistema Europeo de Transferencia. - Acumulación de créditos.	- Modelo de educación didáctica centrada en la práctica. - Los obstetras y los médicos clínicos aliados entregan gran parte del material enseñado. - Evalúan a los estudiantes utilizando MCQ y exámenes.
Planes de estudio (Práctica)	- Experiencia clínica estructurada en entornos hospitalarios y comunitarios con mentores, monitoreo cercano y evaluación clínica y académica regular. - Los estudiantes de último año son evaluados en su capacidad para cargar casos con un grupo seleccionado de mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.	- La práctica comienza en el segundo ciclo, con una formación práctica/clínica para evaluar y documentar el conocimiento, las habilidades o las actitudes del estudiante en la práctica sanitaria de la profesión.	- Sistema vocacional en transición donde hay una matrona mentora. - Los estudiantes asisten a una escuela regular de matronas y completan las horas obligatorias de capacitación práctica.	- Sistema vocacional en transición. - La práctica es evaluada por una matrona que ha trabajado algunas horas con el estudiante utilizando una cuadrícula para evaluar y documentar el conocimiento, las habilidades o las actitudes del estudiante.

4 Estudio del contexto estratégico/ legal en materia de formación y ejercicio de la profesión

4.1 Evolución del marco legislativo del ejercicio y la formación de las matronas en España

España enmarca la formación de las matronas como una formación universitaria, pero se diferencia del resto de países analizados en que no cuenta con un acceso directo, ya que se trata de una especialidad.

Analizando la evolución del contexto legal por el que se regula la formación en España, el Real Decreto 1017/1991, de 28 de junio de 1991 (que regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de matrona o asistente obstétrico de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea), incorpora la definición europea de las matronas y establece las actividades asistenciales de enfermería obstétrico-ginecológica con relación a la salud reproductiva y en concreto, a la vigilancia y evaluación del embarazo normal y la atención al parto.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias define entre las funciones los profesionales de la enfermería “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

Posteriormente la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece el régimen de vinculación a la administración pública de los profesionales sanitarios. Mediante el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, se enlista entre ellas la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

En la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, se publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Dicha norma se establece que el ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Hospitalaria, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo), pudiendo ejercer su profesión en el sector público, privado, por cuenta ajena y por cuenta propia. En dicho programa se especifican las

funciones de la matrona, en coherencia con las funciones de enfermería, las cuales son:

- **Participar, liderar y dinamizar programas** de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- **Prestar atención al binomio madre-hijo** en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo y el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- **Prestar atención al neonato** dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- **Detectar precozmente los factores de riesgo** y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- **Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad** mediante programas que identifiquen las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio.
- Realizar **consejo sexoafectivo y reproductivo** a la mujer, jóvenes y familia.
- Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población, **asesorando en materia de anticoncepción.**
- **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.
- **Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos**, para derivar, en su caso al profesional competente.
- Aplicar los **principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación, cuidados y evaluación**, en el ámbito de actuación de la matrona.
- **Establecer una comunicación efectiva** con la mujer, familia y grupos sociales, además de con el equipo de salud.
- **Asesorar sobre la legislación vigente** para proteger los derechos de la mujer y su familia.

- **Gestionar las actividades y recursos existentes** en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- **Emitir los informes necesarios** y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- **Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas** y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- **Desarrollar actividades de investigación** encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional en el nivel de salud de la mujer y del recién nacido.
- **Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica** disponible.

A partir de dicha orden, la formación de matrona en España se articula exclusivamente del siguiente modo:

- Se establece como una especialidad de enfermería, teniendo por requisito de acceso estar en posesión del título de Diplomado o Grado en Enfermería.
- El acceso a la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) se da mediante la prueba a nivel nacional común para el acceso a las diferentes especialidades de enfermería (EIR).
- Tiene una duración de 2 años mediante el sistema de residencia que consiste en un régimen contractual de exclusividad a nivel formativo y laboral.
- Se contempla una dedicación mínima a actividades docentes-asistenciales de 3.600 h. y la dedicación del residente a la adquisición de conocimientos teóricos debe suponer el 26% del total de la duración del programa formativo.
- Entre el 60-70% de la formación clínica se realiza en un hospital en el que se lleve a cabo el programa de atención materno-infantil, y entre el 30-40% en atención primaria y comunitaria, donde se desarrollen programas

de atención a la mujer y/o salud sexual, reproductiva y climaterio.

- Se trata de la única especialidad de enfermería a la que no es posible acceder mediante vía excepcional como sucede con el resto de las especialidades de enfermería. Es decir, no es suficiente la valoración de méritos basados en experiencia o créditos formativos, sino que esta categoría solamente es alcanzable a través de la superación del examen nacional para enfermeras internas residentes (EIR), mediante convocatoria pública.

Posteriormente el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización, establece las categorías de los profesionales sanitarios que trabajan en las administraciones públicas en base a su formación.

Por último, cabe destacar 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 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI). Esta norma se encarga de derogar y actualizar el Real Decreto 1837/2008, detallando así el ejercicio y las actividades propias de las matronas, además del reconocimiento de los títulos obtenidos en otros países de la Unión Europea (permitiendo el libre movimiento de estas).

Figura 4: Evolución del marco normativo sobre la formación de las matronas y el ejercicio de su actividad en España



Fuente: Boletín Oficial del Estado

4.2 Desarrollo de las profesiones sanitarias e impacto sobre la especialidad de matronas en España

Según la ley 55/2003, “las diversas categorías se clasifican de acuerdo con la titulación académica exigida para el ingreso en ellas”. En la categoría A, se encuentra el subgrupo A1 que corresponde al nivel más alto, en donde se contempla la formación sanitaria especializada y ciertos grados universitarios de mayor duración (Real Decreto 184/2015). Mientras que en el subgrupo A2, correspondientes a diplomaturas y grados más breves, está clasificada la profesión de enfermería (incluyendo también todas sus especialidades).

El artículo 76 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, plantea que la clasificación en cada Subgrupo se realizará en función del nivel de responsabilidad de las funciones a desempeñar y de las características de las pruebas de acceso. Basándonos en dicho artículo las competencias profesionales y responsabilidades de una enfermera (cuidados generales) son menos específicas y de menor responsabilidad que las de una matrona (enfermera especialista en obstetricia y ginecología), ya que esta última *“es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido hasta el 28 día de vida”* (Orden SAS/1349/2009).

Además, las matronas, como el resto de especialidades de enfermería, tienen que aprobar una prueba selectiva para realizar la especialidad EIR. Por lo tanto, también cumplen el criterio de la prueba de acceso para cambiar su categoría.

Así, la ubicación en el subgrupo A2 a pesar de cumplir con los criterios para ser contempladas en el subgrupo A1 limita las remuneraciones de las especialidades de enfermería, entre ellas las matronas, limitando su atractivo desde una perspectiva de desarrollo y carrera profesional.

Tanto la *“Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva”* impulsada por el Ministerio de Sanidad (a través de la elaboración de la *“Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS”*) como la *“Guía de práctica clínica de atención al parto normal”* o la última *“Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio”*, especifican el rol de las matronas liderando la atención y seguimiento de estos procesos de salud sexual y reproductiva a través de la promoción, la prevención y la atención ante situaciones de patología de baja complejidad. La norma (Orden SAS/1349/2009) es clara en cuanto a las actividades/ funciones para las cuales están formadas las matronas, pero en la realidad de los servicios sanitarios estas labores son realizadas por otros tipos de profesionales menos preparados. Esta situación se debe en parte a que en la ley de salud sexual y reproductiva (Ley Orgánica 2/2010) no establece cuáles deberán ser las profesiones y/o especialidades sanitarias encargadas de llevar a cabo los diferentes procedimientos implicados en la salud sexual y reproductiva dentro de los servicios sanitarios.





5 Revisión del grado de desarrollo actual de las competencias de las matronas en España

5.1 Análisis comparado entre matronas vs. otras especialidades de enfermería en España

El Real Decreto 450/2005, establece 7 especialidades de enfermería: Enfermería Obstétrica-Ginecológica/Matrona, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería del Trabajo y Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

La especialidad de matrona es la única especialidad de enfermería que dispone de una normativa europea (Directiva 2005/36/CE) que regula su formación y sus competencias profesionales. En España la formación de la especialidad Obstétrico-Ginecológica se realiza por el sistema de residencia en unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología (UDMOG) lo que ha significado una pérdida de autonomía ya que depende de la formación médica, existiendo también en menor medida unidades docentes de matronas, acreditadas para la formación especializada.

Según la norma (Real Decreto 450/2005), una enfermera puede obtener el título de especialista a través de una de estas 3 vías:

- Vía reconocimiento: consiste en la reagrupación de las especialidades de Enfermería vigentes hasta 1987 dentro de las 7 nuevas especialidades reguladas por este Real Decreto (convalidando el título a quienes se hayan graduado previamente).
- Vía residencia: Enfermera Interna Residente (EIR), esta vía se basa en la realización de un examen de acceso convocado nacionalmente y la posterior formación de 2 años como residente dentro del área específica.
- Vía excepcional: este procedimiento permite acceder al título de especialista, a profesionales con experiencia y formación especializada en estas áreas, mediante la realización de una prueba de evaluación.

La especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica/Matrona es la única que no dispone del acceso vía

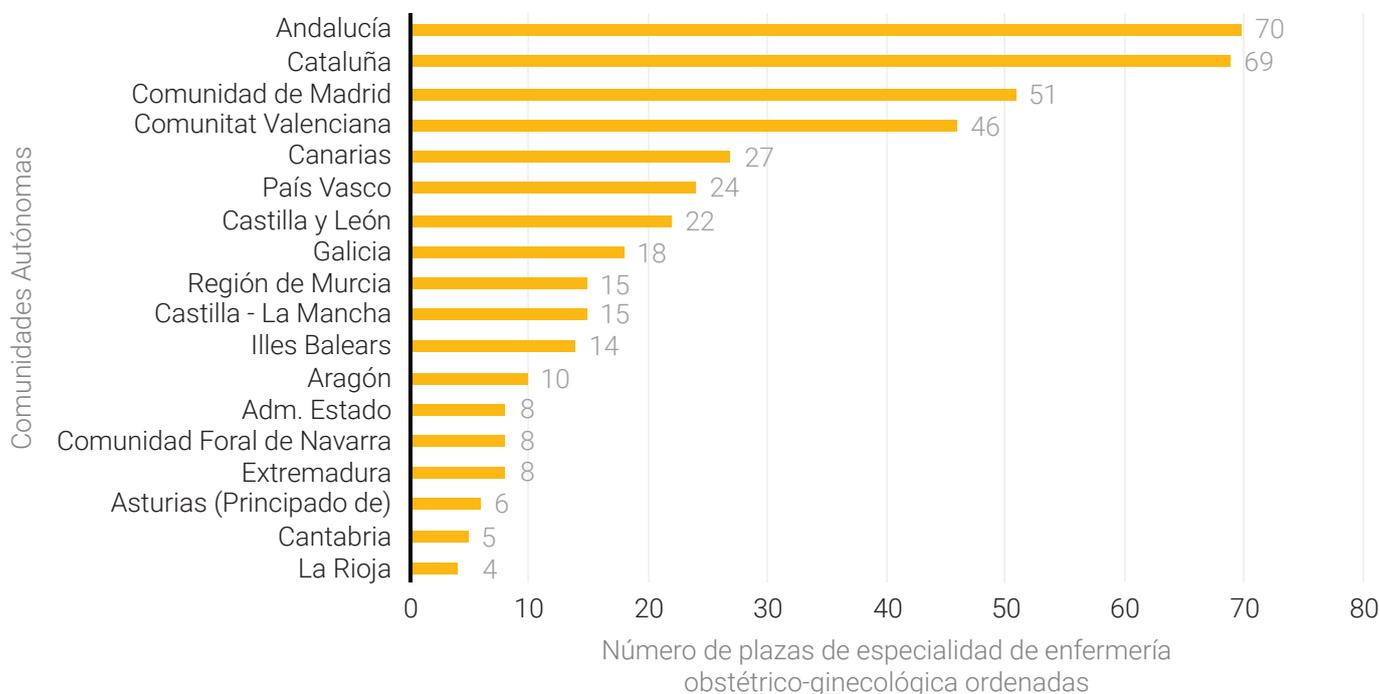
excepcional, mientras que la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos aún no dispone de programa formativo EIR.

El año 2022, la especialidad de matronas fue la segunda especialidad de enfermería con más plazas ordenadas (420 plazas ordenadas), con Enfermería Familiar y Comunitaria en primer lugar (con 748 plazas ordenadas).

Las comunidades autónomas donde más plazas se ordenaron fueron Andalucía (70), Cataluña (69) y Madrid (51), mientras las comunidades autónomas con menos plazas ordenadas fueron La Rioja (4), Cantabria (5) y Asturias (6).



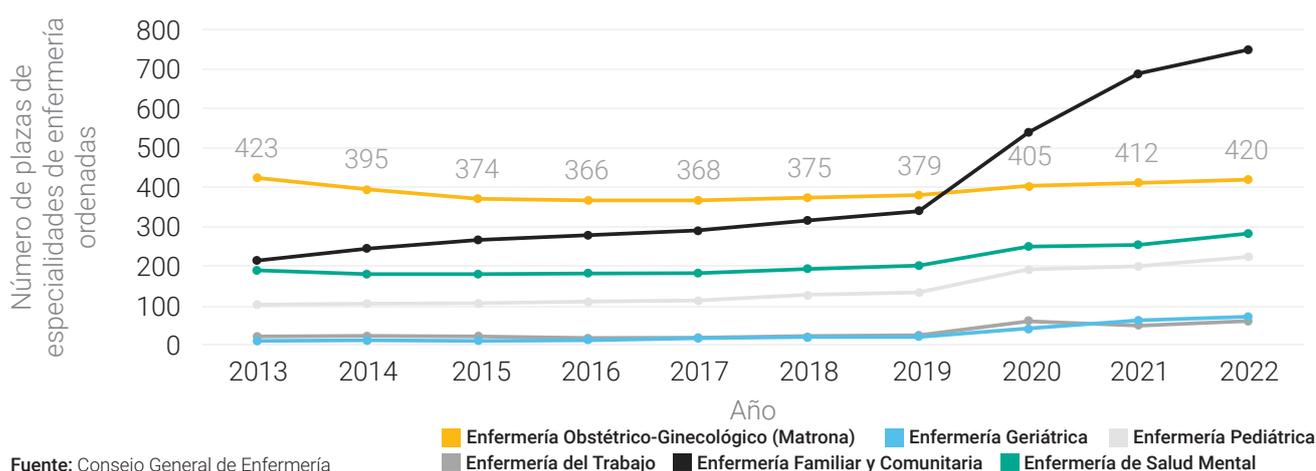
Gráfico 15: Número de plazas ordenadas para la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) por Comunidad Autónoma, 2022



Fuente: Consejo General de Enfermería

Respecto a la evolución de las plazas de especialidades de enfermería ordenadas durante el período del 2013 al 2022, el número de plazas ordenadas para la especialidad de Matronas sufrió una disminución que llegó a significar en su año más bajo (2016) un 15,6% menos de plazas (respecto de las ordenadas el 2013). Posteriormente se produjo un aumento paulatino hasta el año 2022, alcanzando niveles similares a los de 2013. El resto de las especialidades de enfermería muestran un aumento progresivo y paulatino en la ordenación de plazas, a excepción de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria que desde el año 2019 ha aumentado en un 54,7% la cantidad de plazas ordenadas.

Gráfico 16: Evolución del número de plazas ordenadas para especialidades de enfermería en España, entre el 2013 y 2022



Fuente: Consejo General de Enfermería

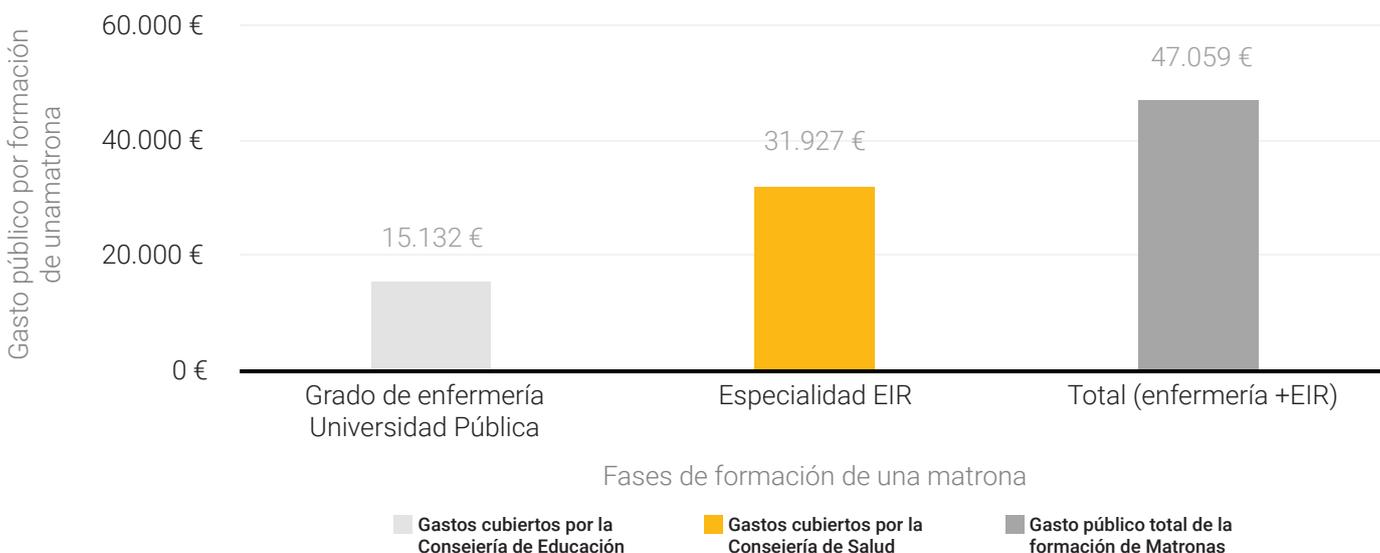
Retos y recomendaciones

Al comparar las plazas EIR de especialidades de enfermería con las de medicina MIR (Médicos Internos Residentes), en el año 2022 se ofertaron un total de 8.188 plazas para medicina (casi 4,5 veces más que las 1.822 plazas EIR). Enfermería es la segunda profesión donde se abren más plazas seguida por Farmacia (con 309 plazas) y Psicología (con 204 plazas).

Al realizar una comparación de los gastos públicos totales de la formación de una matrona hay tomar en cuenta cuales son los costes que lo componen y de dónde sale el presupuesto que los cubre. En primer lugar, se realiza la formación de grado de enfermería, cuyo gasto público es cubierto por la Consejería de Educación correspondiente de cada CA. La media de costes públicos de formar a una enfermera es de 15.132€⁷, correspondientes al 75% cubierto por la Consejería de

Educación (es decir el alumno paga el 25% restante) en el caso de que se imparta en una universidad pública, sí que se realiza en una universidad privada los costes son cubiertos por los alumnos representando 0 gastos para la Consejería. En segundo lugar, se realiza la especialidad EIR cuyos costos son cubiertos al 100% por la Consejería de Sanidad de la CA, la cual cuesta por matrona un total de 31.927€ por dos años de residencia EIR. Contemplando estas variables, a nivel general el gasto público de formar a una matrona puede llegar a ser 47.059€.

Gráfico 17: Comparación de los costes durante el grado de enfermería, la especialidad EIR y coste total de la formación, según la consejería que cubre esos gastos 2022 en España

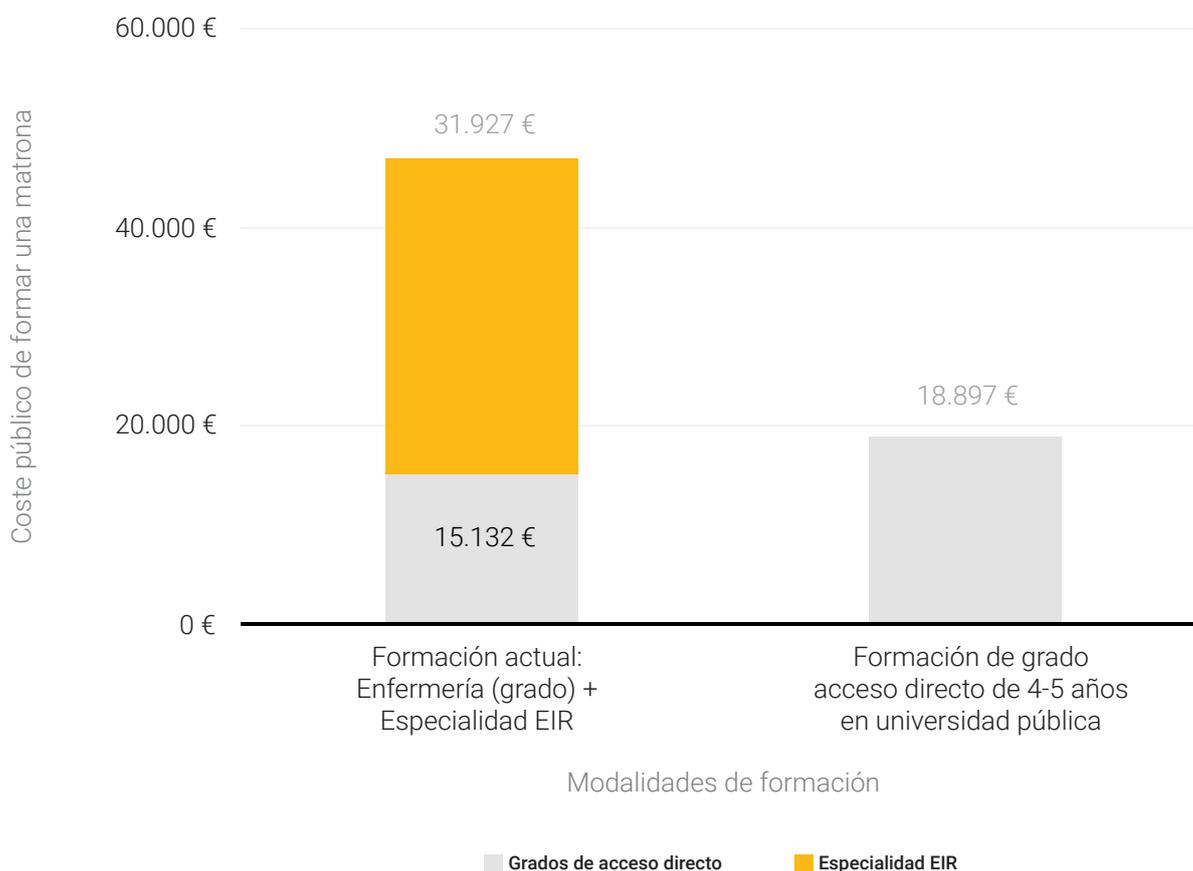


Fuente: Dato de elaboración propia a partir de la media de los precios fijados para el grado de enfermería por norma y en el presupuesto de cada CA, además del presupuesto destinado a dos años de salario de un residente EIR.

⁷ Dato de elaboración propia a partir de la media de los precios fijados y publicados para este grado mediante normas en cada CA, asumiendo que la administración regional asume el 75% del coste total de la formación.

Sí la formación de matronas en España tuviera acceso directo y una modalidad de formación más prolongada, similar a la de Francia de 4-5 años, la formación tendría un coste para la Consejería de Educación similar a la formación del grado sanitario de odontología (elegido por su duración), con una media de coste de 18.900€⁸. Por lo tanto, los costes de realizar una formación de acceso directo representarían alrededor de un 60% menos en costes gubernamentales en universidades públicas y si se impartiera en universidades privadas (donde el alumnado paga todos los costes) no representaría gasto público⁹.

Gráfico 18: Comparación del gasto público por matrona formada actualmente versus el gasto que requeriría una formación de acceso directo¹⁰ en universidades públicas el 2022 en España



Fuentes: Elaboración propia a partir de la media de los precios fijados y publicados en los presupuestos anuales 2022 de cada CA para el grado de Enfermería, Odontología y las plazas de residentes EIR.

⁸ Dato de elaboración propia a partir de la media de los precios fijados y publicados grado mediante normas en cada CA para el grado de odontología (parámetro establecido por su duración).

⁹ Ver explicación del proceso para crear el grado acceso directo de matronas en ANEXO.

¹⁰ En base al coste de una formación de 4-5 años, utilizando de parámetro el gasto del grado de odontología.

5.2 Estudio comparativo de la ejecución de las competencias profesionales de las matronas en España vs. otros países de interés

Comparando ámbitos generales de relevancia para el ejercicio de las matronas entre España Reino Unido, Alemania, Francia e Italia, todos estos países poseen una norma nacional específica que regula las competencias profesionales de las matronas (a partir de la Directiva europea 80/154/CEE) y cuentan con asociaciones de matronas, si bien Reino Unido y Alemania cuentan con las asociaciones de matronas más grandes (36). Otro ámbito relevante para esta profesión es la tasa de natalidad

(nacimientos cada 1.000 habitantes), la cual en 2021 era mayor en Francia (10,9), seguida por Reino Unido (10,2), mientras que las tasas más bajas estaban en Italia (6,8) y España (7,1). A su vez, la tasa de matronas por cada 10.000 mujeres en los países con mayor tasa de natalidad. Así, en Reino Unido había 14,9 matronas por cada 10.000 mujeres entre 14 y 65 años y 9,4 en Francia, mientras que las tasas más bajas de matronas están en España con 6,1, e Italia con 7,1.

Tabla 2: Comparación de ámbitos generales relevantes para el ejercicio de las matronas en países referentes de Europa y España

Ámbito	Reino Unido	Alemania	Francia	Italia	España
Regulación por la que se regula su actividad	The Nursing and Midwifery Order 2001 (SI 2002/253)	Hebammengesetz von 1985	Les conditions générales d'exercice de la profession de sage-femme (articles L4111-1 et suivants et D4111-1)	D.M. 740/1994, che regola la professione di ostetrica, delimita	Real Decreto 1837/2008
Asociaciones de matronas más relevantes	Royal College of midwives	Deutscher Hebammenverband	Conseil National ordre des sage-femmes	Federazioni Nazionali degli Ordini della Professione di Ostetrica	Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)
Número de matronas asociadas	38.748	20.205	550	(sin información)	3.050
Tasa de natalidad 2021¹¹	10,2	9,6	10,9	6,8	7,1
Tasa de matronas 2020¹²	14,9	8,1	9,4	7,1	6,1

Fuente: Hub de matronas ICM (36)

España, respecto al resto de países analizados, es el país que más competencias profesionales incorpora por norma en sus planes de estudio a las matronas. Entre sus competencias, se establece la importancia de la labor de las matronas no sólo en el proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia, sino también en la salud sexoafectiva y reproductiva global de las mujeres (desde anticoncepción, cribados de ITS, atención antes, durante y después del parto, hasta el

acompañamiento en la perimenopausia/menopausia y asistencia en la interrupción del embarazo), en línea con las recomendaciones de la OMS. Los otros dos países que le siguen en número de competencias son Francia, que se diferencia en que no realizan intervenciones de salud sexual y que realizan detección de ITS también parejas; e Italia, que no tiene enlistado entre sus competencias el acompañamiento a las mujeres durante la perimenopausia/menopausia.

¹¹ Tasa de natalidad: número de nacimientos cada mil habitantes.

¹² Tasa de matronas: número de matronas por 10.000 mujeres de 14-65 años en cada país.

En el caso de Reino Unido y Alemania, las competencias se limitan al acompañamiento durante el proceso de embarazo, parto, post parto y asistencia dentro de la IVE, distinguiéndose Reino Unido en que las competencias de atención reproductiva apuntan a un seguimiento continuo y personalizado durante todo el proceso gestacional y de parto por parte de una matrona. Adicionalmente, ambos países hacen un seguimiento más prolongado a los recién nacidos que en España (hasta los 28 días) y en Italia (que también limita al neonato). Así, Reino Unido especifica que el acompañamiento será hasta que la madre lo necesite y Francia hasta la semana 12 de vida del bebé.

En Reino Unido la valoración, confianza y prestigio que se le da a las matronas es mucho mayor que en otros países, debido al rol de liderazgo que se les otorga en el cuidado de la calidad de los servicios reproductivos. A partir del giro hacia la medicalización, con la relevancia que tomaron los procedimientos médicos por sobre

aquellos provenientes de una formación vocacional, que estos servicios reproductivos en países como Italia y España, el rol de las matronas ha estado desplazado (38). En particular en España no ha sido hasta la *“Estrategia de Atención al parto normal en el sistema Nacional de Salud”*, que la matrona vuelve a cobrar importancia en dicho rol, pero sigue existiendo la intrusión de otros perfiles profesionales que afectan en el desempeño de las competencias de la matrona en los servicios de salud.

Tabla 3: Comparación de las competencias profesionales de las matronas en países de referencia en Europa y España

Competencias	Reino Unido	Alemania	Francia	Italia	España
Anticoncepción			X	X	X
Seguimiento ginecológico preventivo			X	X	X
Prevención detección de cáncer cervicouterino			X	X	X
Intervenciones de salud sexual en la familia y en la comunidad social				X	X ¹³
Detección de ITS			X ¹⁴	X	X
Atención prenatal	X	X	X	X	X
Educación para el parto y otros cursos	X	X	X	X	X
Asistir partos	X	X	X	X	X
Atención posparto de madres y recién nacidos	X ¹⁵	X ¹⁶	X ¹⁷	X	X
Acompañamiento en la perimenopausia y menopausia			X ¹⁸		X
Asistencia en la interrupción voluntaria del embarazo	X	X	X	X	X

Fuentes: Reino Unido (32), Alemania (33), Francia (34), Italia (35), España (37)

¹³ Las intervenciones de salud sexual y comunitaria en España son dirigidas a jóvenes y sus familias.

¹⁴ La detección de ITS que realizan las matronas en Francia va dirigida no sólo a las mujeres sino también a sus parejas.

¹⁵ En Reino Unido la atención al post parto y cuidado al bebé de las matronas es hasta que la madre necesite apoyo.

¹⁶ En Alemania la atención al post parto y cuidado al bebé de las matronas es hasta la semana 12 de vida del bebe.

¹⁷ En Francia la atención al post parto y cuidado al bebé de las matronas es durante la lactancia.

¹⁸ En Francia las matronas realizan apoyo a la perimenopausia y menopausia, pero no pueden dar tratamiento hormonal.

Tanto en España como en el resto de los países, las matronas pueden desempeñar sus competencias en hospitales públicos, privados y en domicilios. En España y Reino Unido además pueden hacerlo en centros médicos, mientras que en Alemania, Italia y Francia también pueden desempeñarse en centros de maternidad, agregando en Francia el desempeño de sus competencias en servicios de protección materno-infantil.

Tabla 4: Comparación de los lugares en los que ejercen sus competencias profesionales las matronas en países referentes en Europa y España

Ejercen sus competencias en:	Reino Unido	Alemania	Francia	Italia	España
Hospitales públicos	X	X	X	X	X
Hospitales privados	X	X	X	X	X
Centros de maternidad		X	X	X	
Centros médicos	X				X
Servicio de protección materno infantil (PMI)			X		
A domicilio	X	X	X	X	X

Fuentes: Reino Unido (32), Alemania (33), Francia (34), Italia (35), España (37)





6 Descripción del modelo formativo y contenidos de la especialidad en España, comparado con otros países de interés

Al comparar los modelos formativos de la especialidad de matronas de España con otros países (Reino Unido, Alemania, Francia e Italia), es posible ver que estos se asemejan en el abordaje de ciertos temas de salud reproductiva, ligados específicamente a la obstetricia, entre los que se encuentran:

- Conocimientos específicos de los procesos fisiológicos del embarazo, parto, puerperio y lactancia.
- Problemas de salud durante y post gestación.
- Parto normal.
- Tratamiento en el servicio de salud reproductiva de las mujeres.

Entre los aspectos que se diferencian en la formación de las matronas entre los diferentes países analizados está la modalidad de acceso. En España es una especialidad, a diferencia del resto de los países analizados, que cuentan con una modalidad de acceso directo. Por lo tanto, la formación de las matronas cuenta con el aprendizaje previo de 4 años de la carrera universitaria de enfermería general, donde se abordan en detalle conocimientos específicos de la salud de las personas. En este sentido, el país al que más se asemeja es Francia. No obstante, a pesar de contar con una formación de acceso directo, los primeros años de formación de matronas en Francia están insertos en una malla común con otras profesiones sanitarias como medicina y enfermería, a diferencia de lo que sucede en España.

Otro tema en el que se diferencia España del resto de los países analizados es la formación en sexualidad/sexología y la profundización de los aspectos socio-antropológicos de la reproducción (39). En este sentido, Alemania enfoca esta temática en aspectos psicosociales que afectan a la vinculación sanitaria de las mujeres, sin profundizar mucho en sexualidad (40). Italia agrega factores bio-sexuales que afectan a la mujer, añadiendo el entrenamiento en habilidades formativas en sexualidad y reproducción (41). En Francia (34) se requiere la formación en conocimientos de sociedad,



salud y humanidad, además de ginecología general (sin un foco particular en sexualidad), en su formación durante los primeros años.

Tanto Reino Unido, como Francia y Alemania forman a las matronas en la gestión eficiente de recursos sanitarios en los servicios públicos de salud generales. La formación en Reino Unido pone particular atención en el desarrollo de habilidades de evaluación, detección y planificación en coordinación con otras áreas sanitarias, para proporcionar la atención continua del proceso de embarazo-parto, ligado a la metodología *one-to-one* (tratamiento personalizado de la matrona) que se realiza en dicho país (42). En España se añade la administración de los servicios Obstétrico-Ginecológicos, pero sin dar una mirada global y de planificación de los factores que impactan en la eficiencia en todas las áreas del sistema sanitario.

A diferencia del resto de los países, Reino Unido y Alemania agregan a sus programas formativos el desarrollo de habilidades de liderazgo, comunicación efectiva, habilidades de observación y trabajo coordinado con otras profesiones sanitarias, empoderando a las matronas a ser líderes y agentes clave que garanticen la calidad del servicio de salud reproductiva en dichos países.

Los países que más atención dan en sus programas formativos al aprendizaje de metodologías de investigación son Reino Unido, Francia e Italia, mientras que Alemania deja a discreción de las instituciones formativas la necesidad de realizar un proyecto de investigación y España lo agrega en la última parte del programa formativo.

Tanto Francia como Reino Unido y Alemania detallan en sus programas formativos de matronas la salud neonatal y pediátrica, dado que en dichos países se incluyen entre sus competencias el cuidado al recién nacido hasta que la madre lo necesite (Reino Unido) o hasta la semana 12 de vida (Alemania), haciendo un acompañamiento más prolongado de los primeros meses de maternidad que en España, donde solo acompaña en el cuidado del neonato hasta el día 28 de vida.

En Reino Unido y España a partir de la formación básica en enfermería, se forma a las matronas en tratamientos farmacológicos, enfocados en la administración y optimización del uso de medicamentos basados en la evidencia, promoviendo mediante bases científicas el parto normal y evitando el uso innecesario de intervenciones farmacológicas.



7 Conclusiones y recomendaciones

7.1 Retos identificados

En la actualidad, España se enfrenta con ciertas problemáticas estructurales que impactan en la atención de los servicios de salud sexoafectiva y reproductiva femenina (planteadas en capítulos anteriores) encontrándose entre las más importantes:

1. **Envejecimiento de la población.**
2. **Aumento de la edad media de la maternidad.**
3. **Una alta incidencia de *Chlamydia trachomatis* en población en mujeres jóvenes.**

Para hacer frente a estas problemáticas y suplir las necesidades presentes/futuras, es importante reforzar los servicios de salud sexoafectiva y reproductiva con profesionales capacitados en las competencias clave para asegurar la calidad de estos ante situaciones de creciente complejidad.

Tanto organismos internacionales como la UNFPA (2021), la OMS (2021) y la ICM (2022) como las estrategias españolas (3), (1), (4), (10), (11) estipulan rol de las matronas en potenciar la empleabilidad (ya que es una profesión compuesta en un 94% por mujeres) y desarrollo de la mujer en todas sus fases vitales.

La matrona cuenta con las competencias técnicas para ejercer un papel fundamental en asegurar un servicio de salud sexoafectiva y reproductiva de excelencia a las mujeres; pero existen tres temas clave que están impidiendo a las matronas ejercer su papel:

- l). **La tasa de matronas en España (6,1) está entre las más bajas del continente europeo (9,1), superando sólo a Hungría, Rumania y Eslovenia.**

El número de especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) presente en la actualidad en España no permite garantizar que cada mujer, sin importar donde se ubique en territorio nacional, sea atendida por una matrona cuando requiera de sus servicios, ya que no hay suficientes profesionales para cubrir la demanda de los servicios.



II). En la actualidad, no existe un recambio generacional suficiente para suplir al número de matronas que se jubilarán en los próximos años.

El 2016 un 48% de las matronas tenía entre 36-50 años y un 34% tenía entre 51-65 años (43). Un ejemplo del impacto de la jubilación de las matronas se refleja en el análisis realizado en Cataluña por la Associació Catalana de Llevadores (44), el cual plantea que en dicha CA el 2022 se jubilaron 90 matronas y que entre el 2022-2026 se proyecta que se jubilen 711, mientras que el número de plazas ofertadas para la especialidad en dicha CA en ese periodo se estima en 359. De ser así, el número de matronas descendería en Cataluña en un 27,6%, alejándose aún más de la mediana europea de matronas cada 10.000 mujeres.

III). La intrusión de otros perfiles profesionales en la realización de funciones propias de las matronas limita la calidad de la salud sexoafectiva y reproductiva.

Los puestos de trabajo en servicios de salud públicos son ofertados mediante convocatorias públicas que permiten la incorporación de profesionales. Sin embargo, la oferta de plazas destinadas a servicios de salud sexoafectiva y reproductiva femenina es limitada, estando abierta en algunos casos a profesiones sanitarias sin una formación específica en esta temática.

7.2 Medidas para el abordaje de los retos identificados

Para abordar los retos indicados se identifican diferentes posibilidades de abordaje que permitirían dar respuesta total o parcial a varias de las cuestiones indicadas

Una posible medida es la apertura de bolsas de trabajo para matronas en las comunidades autónomas (empezando por las que tienen tasas de matronas más bajas, Asturias, Canarias y Galicia) que agilicen los procesos de selección y aseguren que las mujeres de España puedan ser atendidas por profesionales formadas en salud sexoafectiva y reproductiva (como las matronas) sin importar donde se encuentren dentro

de la comunidad autónoma, catalogando estos puestos de trabajo si es preciso como de difícil cobertura, recompensando a aquellas personas que los cubran con incentivos económicos o de otra índole.

En esta línea, una medida que permitiría una mayor aseguramiento de la calidad de la salud sexoafectiva y reproductiva pasa por el desarrollo en los servicios de salud de la normativa, las instrucciones y los procesos y protocolos necesarios para asegurar a las matronas el ejercicio de sus competencias profesionales. De este modo, se evitaría la intrusión práctica de otros perfiles profesionales que no cuentan con el mismo nivel de formación y competencia en dichos ámbitos.

Se considera que la actual adscripción de las matronas al subgrupo A2 de categoría profesional no es acorde con las competencias, responsabilidades y formación que tienen las matronas. A este respecto, y como se ha planteado para el conjunto de especialidades de enfermería, se considera que la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica debería incorporarse al subgrupo A1, lo que mejoraría el atractivo de la profesión.

La incorporación del acceso directo a la formación de matronas, en línea con los modelos existentes en otros países de referencia en Europa, podría facilitar un mayor número de profesionales. Así, se podrá desarrollar una modalidad de formación similar a la francesa, que se compone de conocimientos generales de salud humana para garantizar la base necesaria, además de conocimientos y habilidades específicas de la profesión¹⁹.

Dado que el envejecimiento de la población y el aumento de la edad de la maternidad dificulta los procesos de embarazo, parto y postparto, es necesario disponer de una atención personalizada que asegure los nacimientos sin complicaciones mediante intervenciones basadas en la evidencia. Para ello no es sólo necesario aumentar la tasa de matronas para dar ese trato personalizado en casos complejos, sino además implementar el modelo *one-to-one* de matronas como se realiza en países como Irlanda y Reino Unido.



¹⁹ Ver explicación del proceso para crear el grado acceso directo de matronas en ANEXO.



7.3 Recomendaciones propuestas

Para asegurar la equidad en la atención de la salud sexoafectiva y reproductiva en la población española, se proponen una serie de recomendaciones a implementar:

- Proponer cambiar la formación de las matronas a una modalidad de acceso directo con una duración de 4-5 años, que permita un aumento de matronas en línea con las necesidades poblacionales.
- Desarrollar en los servicios de salud la normativa, procesos y protocolos necesarios para desarrollar de forma efectiva las competencias de las matronas en salud sexoafectiva y reproductiva, y protegerlas frente a la intrusión de otros perfiles profesionales sin el mismo nivel de formación y competencia en dichos ámbitos.
- Poner en marcha bolsas de trabajo de Matronas (Enfermería Obstétrico-Ginecológica) en cada comunidad autónoma para garantizar el acceso continuo a plazas públicas a estas profesionales. De dicha forma se asegura la calidad asistencial, rentabilizando los recursos humanos más formados y competentes en los servicios correspondientes.
- Fomentar una atención personalizada de la matrona bajo el modelo *one-to-one*, para disminuir intervenciones innecesarias en el proceso del embarazo y parto normal de la mujer sana.
- Evitar la sobreutilización de las intervenciones tocúrgicas en los partos normales, promoviendo el liderazgo de las matronas en la disminución de intervenciones innecesarias y en el uso racional de los recursos sanitarios.
- Potenciar el rol de la matrona en la promoción de la salud sexoafectiva, en específico en la detección temprana de Chlamydia trachomatis, entre otras ITS, en población adolescente/joven de mujeres.
- Reclasificar a las matronas (Enfermería Obstétrico-Ginecológica) del subgrupo A2 al subgrupo A1, ya que cumplen con los criterios establecidos para la inclusión en dicho subgrupo, debiendo pasar una prueba de acceso, además de contar con mayor responsabilidad y formación.
- Impulsar desde las administraciones públicas la implantación efectiva de la Estrategia de Atención del Parto Normal y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva; en las cuales se especifica que la matrona es la figura idónea para desempeñar funciones de salud sexoafectiva y reproductiva en situaciones de bajo riesgo.



8 Referencias

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. Ministerio de Sanidad. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios; 2020.
4. Ministerio de Sanidad. Informe Sobre La Atención Al Parto Y Nacimiento En El Sistema Nacional De Salud.; 2012.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Plan Operativo 2019-2020; 2019.
6. UNFPA. El estado de las matronas en el mundo; 2021.
7. Gobierno de España. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). [Online]; 2009 [cited 2022 septiembre 20. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>.
8. 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).
9. Asociación Española de Matronas. Estado actual de las matronas en España; 2017.
10. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de atención al parto normal; 2010.
11. Ministerio de sanidad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio; 2014.
12. INE. Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal. [Online]; 2022. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1679>.
13. Observatorio de salud femenina. BLOOM: Infecciones de transmisión sexual (en mujeres en España); 2019.
14. Ministerio de Sanidad. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España 2019. Madrid; 2021.
15. Ministerio de Sanidad. Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA.; 2021.
16. Ministerio de Sanidad. Informe vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España; 2019.
17. Red Española de Registros de cáncer. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España; 2022.
18. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta de Anticoncepción en España 2020 (Hábitos de la población femenina en relación al uso de los métodos anticonceptivos); 2020.
19. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 1998. [Online]; 2022. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02003.px>.
20. Instituto Nacional de Estadística. Demografía de Europa. [Online]; 2022. Available from: https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=.
21. Adela Recio Alcaide JMA. An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain. *Health Policy*. 2022; p. Volumen 126, Issue 1, Págs. 24-34.
22. Lesley P. One-to-one midwifery: restoring the “with woman” relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 2003.
23. Herrera Gómez A. El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención. *Revista Ene De Enfermería*; 16(1).
24. Hadjigeorgiou E, Coxo K. In Cyprus, ‘midwifery is dying. A qualitative exploration of midwives’ perceptions of their role as advocates for normal childbirth. In Cyprus, ‘midwifery is dying. A qualitative exploration of midwives’ perceptions of their role as advocates for normal. *Midwifery*. 2014; 30.
25. OMS. WHO recommendations. [Online]; 2018 [cited 2022 December 1. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
26. Page L, McCourt C, Beake S, Vai A, Hewison J. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *Public Health Med*. 1999.
27. Buerenge T, Bernitzab S, Øian P, Dalbyeab R. Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. *Midwifery*. 2022 Julio;(103341).

28. Martín-Arribas A, Vila-Candel R, O'Connell R, Dillon M, Vila-Bellido I, Beneyto M, et al. Transfers of Care between Healthcare Professionals in. *International Journal of*. 2020 November; 17(8394).
29. Fernández E, Gómez del Pulgar M, Martín A, Onieva M, Parra M, Beneit J. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica, El servier*. 2018; p. 360-365.
30. Renfrew M, Burns E, Gross M, Symon A. Pathways to strengthening midwifery in Europe; 2015.
31. Keighley T. The European Union standards for nursing and midwifery: information for accession countries revised; 2009.
32. NHS. NHS. [Online]; 2022 [cited 2022 November. Disponible en: www.nhs.uk.
33. Deutscher Hebammenverband. Calidad en obstetricia. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.hebammenverband.de/startseite/>.
34. Sages-Femmes CNOd. Formación de la sages-femmes. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/>.
35. Federazioni Nazionali degli Ordini della Professione de Ostetrica. Federazioni Nazionali degli Ordini della Professione de Ostetrica. [Online]; 2022 [cited 2022 noviembre. Disponible en: <https://fnopo.it/>.
36. ICM. Hub global de matronas. [Online]; 2022. Disponible en: <https://global-midwives-hub-directrelief.hub.arcgis.com/>.
37. Federación de asociaciones de Matronas de España. FAME. [Online]; 2022 [cited 2022 Noviembre. Disponible en: (www.federacion-matronas.org).
38. Dell'Omodarme C, Bocci G, Troiano G, Rossi S, Kundisova L, Nante N, et al. Midwives in England and in Italy: two realities compared. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunit*. 2018; p. 14-20.
39. Ministerio de Sanidad. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); 2016.
40. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert C, Hill J, M R. Academization of the Midwifery Profession and the Implementation of Higher Education in the Context of the New Requirements for Licensure. *Geburtsh Frauenheilk*. 2020; p. 1008–1015.
41. Laurea in Ostetricia (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica/o). [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.unipg.it/didattica/corsi-di-laurea-e-laurea-magistrale/archivio/offerta-formativa-2022-23?idcorso=258&annoregolamento=2022&tab=PRE>.
42. Nursing & Midwifery Council. Standards of profecy for midwives; 2019.
43. INE. Profesionales Sanitarios colegiados. [Online]; 2016.
44. Associació Catalana de Llevadors. Informe intern situació dels llevadors 2022. Associació Catalana de Llevadors; 2022.

Anexo: Pasos para crear el grado de acceso directo

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa aplicable (Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidad y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias) y la experiencia existente en España en la creación de otros grados y especialidades sanitarias, se han identificado a alto nivel los pasos necesarios para crear un grado de matronas de acceso directo, que son:

- 1** **Ministerio de Ciencia e Innovación** establece los **requisitos a los que deberá adecuarse el plan de estudios** para la obtención del nuevo título de grado.
- 2** Las **universidades crean el plan de estudios correspondiente**, con el apoyo de **sociedades profesionales y colegios involucrados**.
- 3** El **Consejo de Universidades** (compuesto por el titular de la cartera ministerial correspondiente y los rectores de las universidades españolas) deberá **verificar y aprobar el plan de estudios**.
- 4** Una vez desarrollado el plan de estudios, la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** (constituida por la ministra de Sanidad y consejeros en materia de Sanidad de las Comunidades Autónomas y representantes del Ministerio de Economía, Hacienda, Educación, Ciencia, Trabajo, Inclusión, Administraciones Públicas, Defensa y Justicia), informará el **proyecto de real decreto** por el que se establezca el título oficial y las directrices generales de su correspondiente plan de estudios.
- 5** Tras la aprobación del título, el **número de alumnos** admitidos al grado de matronas responderá a las **necesidades** de profesionales sanitarios y a la **capacidad** existente para su formación.
- 6** El **Consejo de Universidades** realizará un **informe base para la vinculación entre universidades e instituciones sanitarias**, necesarias para garantizar la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario que así lo requieran.
- 7** **Corresponde al Gobierno**, a propuesta conjunta de los Ministerios de Universidades y de Sanidad, el **establecimiento de las bases generales a las que se adaptará la vinculación universitario-institucional**, en las que se preverá la participación del órgano competente de las comunidades autónomas.



Contacto

Para más información puedes ponerte en contacto con nosotros:

José Antonio Hernández

Socio, Consultoría de Estrategia e Innovación. Healthcare & Life Sciences
joseantonio.hernandez@crowe.es

Daniel Martínez

Director Asociado, Consultoría de Estrategia e Innovación. Healthcare & Life Sciences
daniel.martinez@crowe.es

Fernando Díaz

Director, Consultoría de Estrategia e Innovación. Healthcare & Life Sciences
fernando.diaz@crowe.es

Paseo Castellana, 216 – 22ª Planta
28046, Madrid
T: 911596001

Avda. Diagonal, 429, 5ª
Planta 08036, Barcelona
T: 932183666

www.crowe.es



Acerca de Crowe

Crowe Global es una de las 10 firmas de servicios profesionales más grandes del mundo. Está presente en más de 150 países y cuenta con un equipo de más de 40.000 personas que proporcionan servicios de categoría internacional.

Crowe Spain está establecida en el mercado nacional como la octava firma líder. Sus más de 400 profesionales proporcionan un gran valor añadido en los servicios de auditoría, consultoría y asesoramiento legal y tributario, a través de un profundo conocimiento del mercado y el firme compromiso con los valores corporativos y estándares profesionales. Este enfoque permite a sus clientes a tomar decisiones inteligentes para crecer generando un valor duradero.

Barcelona · Madrid · Valencia · Murcia · A Coruña · Vigo · San Sebastián · Lleida