

INFORME PARA CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

SITUACION ACTUAL DE LAS ENFERMERAS ESPECIALISTAS
OBSTETRICIA-GINECOLOGÍA (MATRONA) EN ANDALUCÍA:
*PROPUESTA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES Y
DESARROLLO COMPETENCIAL*

*Asociación
Andaluza
de
Matronas
Ceuta y Melilla*

1.- INTRODUCCIÓN

La matrona es una profesional esencial en la salud sexual y reproductiva durante toda la vida de las mujeres y de la salud integral del recién nacido hasta los 28 días de vida. Así lo establecen organizaciones internacionales como la OMS; la ICM, la FIGO*, la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad. La OMS además, considera que la matrona es el profesional sanitario más cualificado, legitimado y rentable para el cuidado de estos aspectos. La intervención de la matrona se sustenta y viene a dar respuesta a numerosas Estrategias Sanitarias y del SSPA, tales como:

1. Estrategia de Seguridad del Paciente. Consejería de Salud y Familia 2019
2. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud
3. Estrategia de Atención al Parto Normal
4. Guía Práctica Clínica de Atención al Parto Normal
5. Estrategias de Salud Pública SSPA: IV plan Andaluz de Salud
6. Estrategia de Cuidados de Andalucía
7. Plan Humanización Andalucía 2021

La Estrategia de Cuidados de Andalucía 2015-2020 contempla a las enfermeras especialistas como una opción necesaria en todos los centros del SSPA. La formación especializada de cada matrona supone la inversión de más de 40.000 euros, que es necesario rentabilizar, aportando el valor añadido de la especialización a la mejora de la calidad y seguridad en la asistencia sanitaria de la mujer además, mejorar los resultados en la salud materno-infantil conlleva una reducción de costes asociados contribuyendo a la sostenibilidad del SSPA.

Los datos del informe European Perinatal Health Report sitúan a España como el país Europeo dónde más se retrasa la edad de maternidad por encima de 35 años (40% de las mujeres), más partos instrumentales existen (14.4%) siendo también el 4ª país Europeo con más partos gemelares (17.9 por 1000), esto se traduce en un aumento de la complejidad de los partos aunque exista disminución de la natalidad; además es necesario optimizar los recursos en atención primaria (donde se han incrementado los tiempos para poder solicitar cita con médicos de familias). Por otro lado el diferente desarrollo competencial de la profesión de Enfermera especialista en obstetricia-ginecología (matrona) en Andalucía en comparación con el resto de Comunidades Autónomas establece desigualdades en la atención a la salud de la mujer andaluza sobrecargando el sistema médico con actividades que se ha demostrado en

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

otras comunidades pueden ser desarrolladas por matronas lo cual se traduce en una eficiencia de recursos y mejoras en la calidad de la atención poblacional.

Conscientes de todas las demandas expuestas, desde de la Asociación Andaluza de matronas hemos elaborado este informe que deseamos sirva de apoyo y colaboración con una administración que se muestra receptiva a nuestras peticiones siempre dispuesta a mejorar la atención de la salud de la mujer andaluza como objetivo común.

2.- INFORME CROWE: ESTADÍSTICAS ANDALUCÍA

2.1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Entre 2012 y 2019, los diagnósticos de ITS en España se han multiplicado por 10, alcanzando su máximo en 2019 con 16.304 nuevos casos. Los casos registrados en mujeres han aumentado con mayor intensidad con un alza del 157% entre 2016 y 2019.

Si nos centramos en Andalucía, vemos como desde 2018 los casos de ITS en mujeres han aumentado por 3. Siendo las Chlamydias y la infección gonocócica las que han crecido en mayor grado, aunque sabemos que todas las ITS son un gran problema de salud pública, en concreto estas dos tienen un importante impacto en la vida de la mujer ya que puede causar daños permanentes en el sistema reproductivo como enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico (Tabla 1).

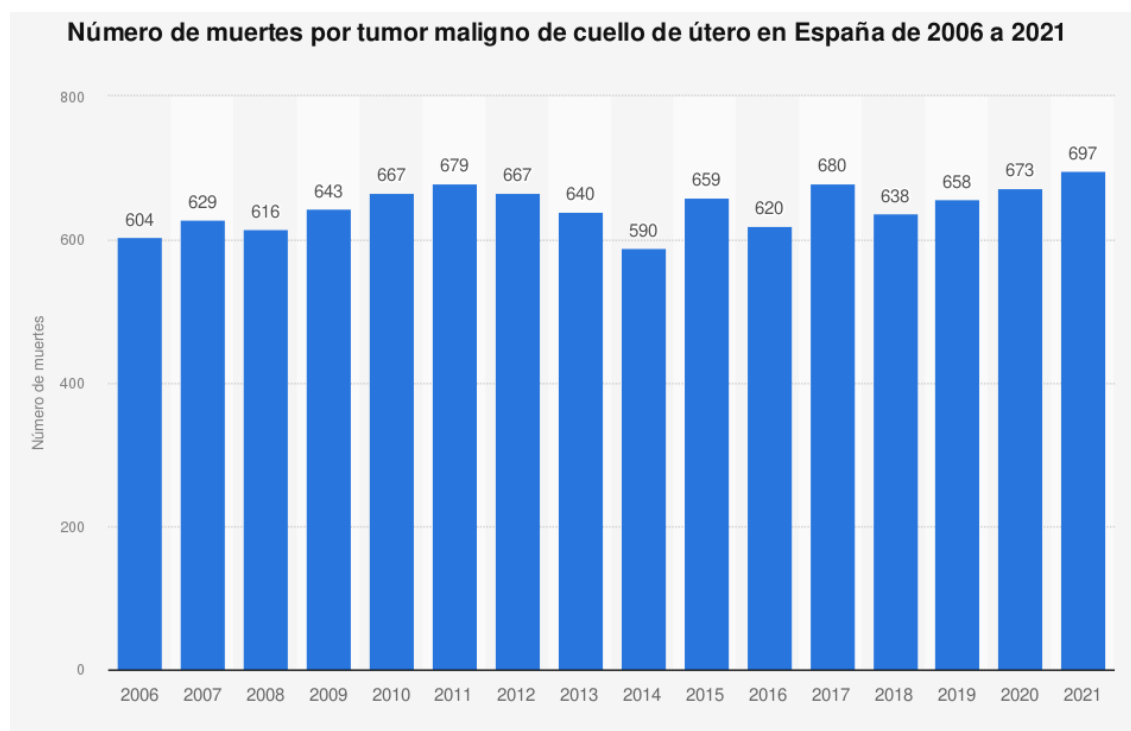
Tabla 1. ITS de Declaración Obligatoria en Andalucía 2018-2023.

Inf. de transmisión sexual	2018	1090	Infección gonocócica	2018	177
	2019	1160		2019	191
	2020	740		2020	138
	2021	1106		2021	194
	2022	2216		2022	588
	2023	3578		2023	940
			Linfogranuloma venéreo	2022	1
Herpes genital	2018	351		2023	3
	2019	417	Sífilis	2018	83
	2020	207		2019	85
	2021	208		2020	48
	2022	271		2021	76
	2023	477		2022	187
				2023	282
Infección genital por Chlamydia trachomatis	2018	371	Sífilis congénita	2018	1
	2019	332		2022	2
	2020	253	VIH/sida	2018	107
	2021	496		2019	135
	2022	1054		2020	94
	2023	1791		2021	132
				2022	113
				2023	85

2.2. CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

Respecto al cáncer de cérvix, la incidencia fue de 2480 casos en 2022²¹, pero a pesar de la vacunación y el cribado preventivo mediante citología no se han conseguido reducir las muertes en España respecto a esta patología, manteniéndose estables, desde 2006 (Gráfico 1). Con un perfil similar se encuentra Andalucía, de la que solo se han encontrado datos hasta 2017, pero sin conseguir una reducción efectiva de la mortalidad (Gráfico 2).

Gráfico 1. Numero de muertes por tumor maligno de cuello de útero en España 2006-2021 (Fuente: INE).



ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

Gráfico 2. Número de muertes por tumor maligno de cuello del útero en Andalucía de 2005-2017. (Fuente: INE).

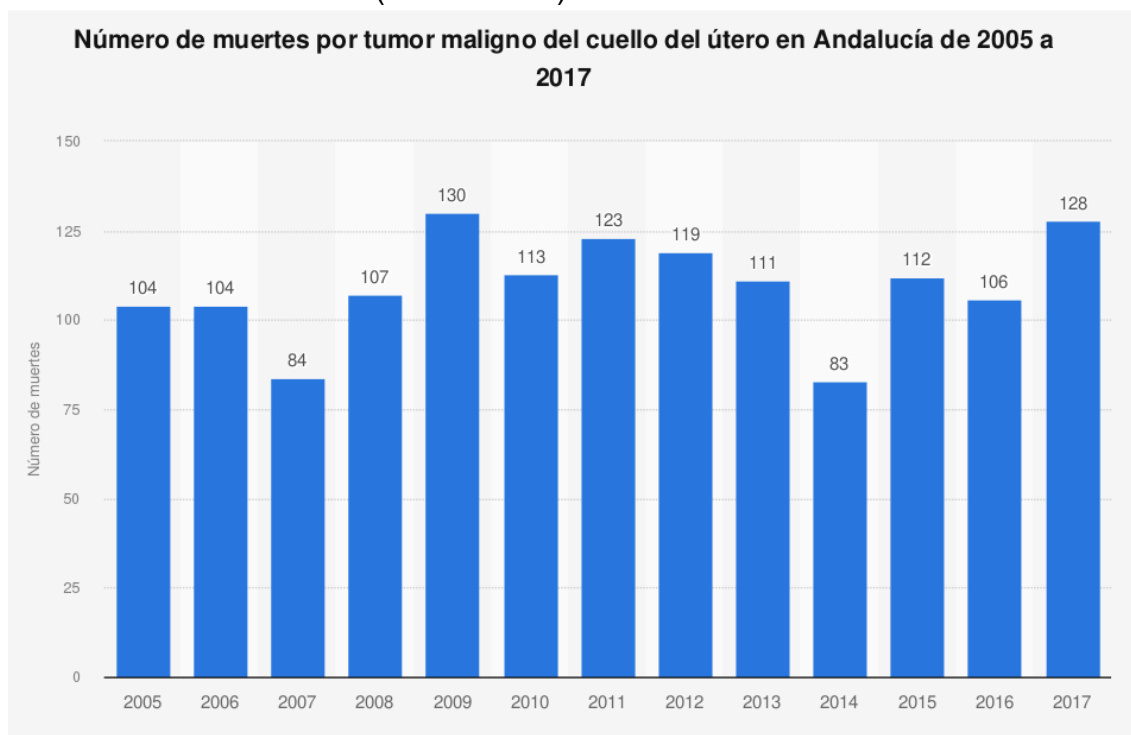
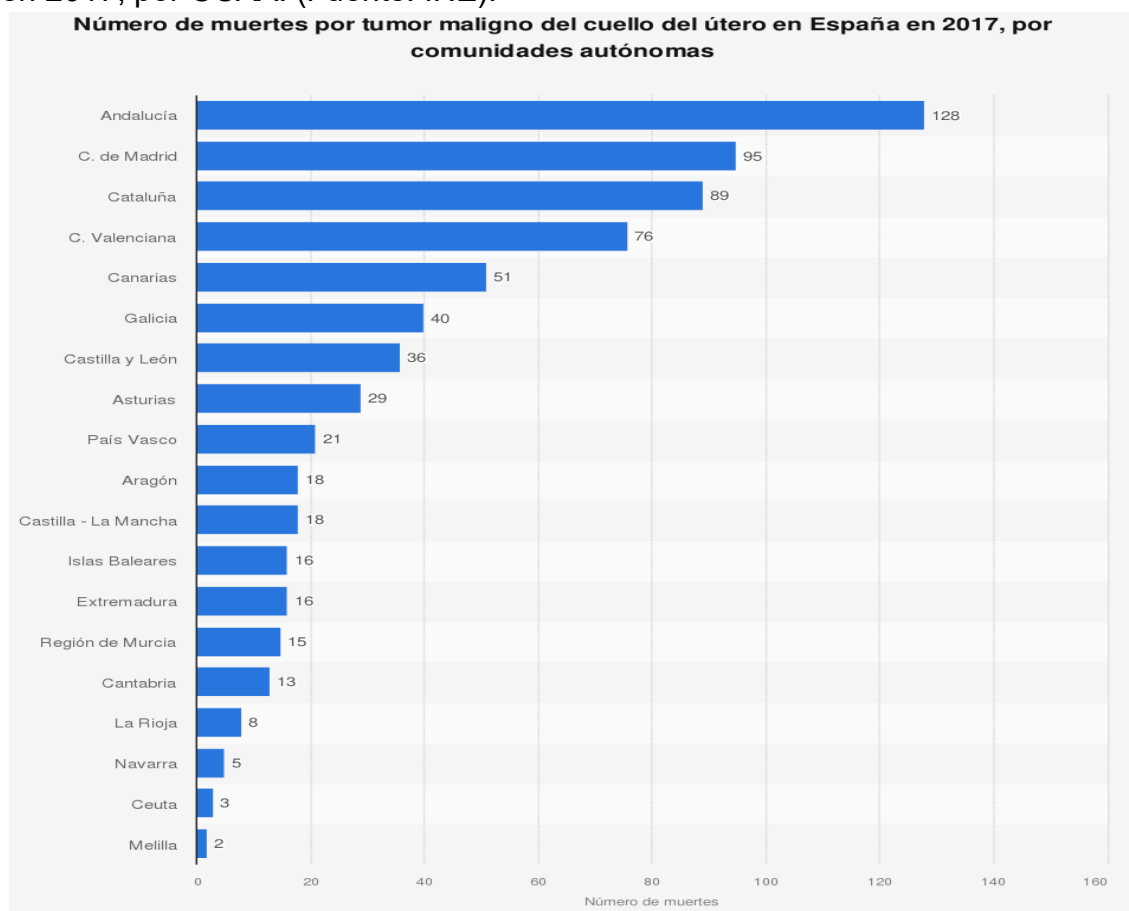


Gráfico 3. Número de muertes por tumor maligno de cuello de útero en España en 2017, por CCAA. (Fuente: INE).



Comparativamente con otras CCAA, Andalucía está claramente perjudicada, por lo que existe una necesidad apremiante de cambiar las estrategias. El cáncer de cérvix es prevenible y tenemos herramientas para ello: la vacunación, el cribado poblacional y la promoción de unas prácticas seguras en la sexualidad.

Las dificultades que encontramos con este cribado son:

En Andalucía no existe un sistema de cribado poblacional, si no oportunista, con lo cual hay una tasa más alta de seguimiento en mujeres más frecuentadoras al sistema sanitario que las que no lo son, esto deja al margen a una alta tasa de población femenina, por lo que sería clave el desarrollo de campañas informativas o incluso llamamientos a través de carta, como en otros cribados (cáncer de colon) en el que todas las mujeres conozcan la posibilidad y la conveniencia de que se realicen una citología.

La adherencia al programa también es clave, exponer la zona íntima a los sanitarios y sentir dolor durante la realización de la prueba, puede provocar que esa mujer no continúe el cribado. Una persona formada en la anatomía de la mujer como es la matrona, en la que, en su base formativa es conocedora a la perfección de la realización de esta técnica, ayudará a minimizar el dolor y a crear un clima de confianza e información para que la mujer conozca la importancia de realizar ese autocuidado.

2.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Según un informe de la SEC (Sociedad Española de Contracepción)¹ realizado en 2022, el 62,2% de las mujeres han acudido a un servicio sanitario para que su médico, ginecólogo, matrona o centro de planificación familiar les asesore sobre el método anticonceptivo más idóneo en su caso, disminuyendo en dos puntos con respecto a ese mismo informe de 2020 estando en 64,3%.

Existiendo en la actualidad aproximadamente un 22,4% de las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, por encima de esta media de no uso de anticoncepción están las mujeres con un menor nivel de estudios 34,8%, las mujeres extranjeras 24,5%, las mujeres entre 45-49 años 34,6% y las convivientes con pareja 26,1%, teniendo en cuenta que se han filtrado los datos el deseo genésico de las mujeres y en los porcentajes mostrados no tienen planificado tener hijos.

El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo 35,7%, seguido de la píldora 17% y en tercera posición la vasectomía con 4,7%. Los métodos de larga duración (LARC) que según ha demostrado la evidencia (2,3) son los más

costo-efectivos y disminuye las tasas de IVEs tienen un uso total, entre DIUs e implantes anticonceptivos, de un 8,4%.

Respecto a quien le asesora y recomienda el uso de métodos anticonceptivos, en primer lugar, está el ginecólogo en un 39,2% de los casos, en segundo lugar, el médico de familia en un 10% de los casos y en tercer lugar, la matrona en un 5,4%. Reduciéndose la importancia prescriptora respecto a 2020 del ginecólogo y el médico de familia en un 42,4% y 12,2% respectivamente y aumenta la importancia de la matrona en estas recomendaciones que en la anterior encuesta estaba en un 1,7%.

2.4 INTERRUPTIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN ANDALUCÍA.

Andalucía, con datos del 2022 se encuentra en una tasa de IVEs por encima de la media nacional que se sitúa en el 11,68 (Tabla 2).

Es interesante destacar como existe un alto porcentaje de mujeres que reincide en la utilización del IVE como método de planificación familiar 7130 mujeres lo han utilizado con anterioridad un 38,01% del total (Tabla 3).

Como podemos apreciar en la Tabla 4, la tendencia en todas las provincias andaluzas es ascendente, siendo especialmente llamativas las de Almería y Huelva que se encuentran por encima de la media nacional.

Tabla 2. Tasas por 1000 mujeres de IVE entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de residencia. Total Nacional. Fuente: Ministerio de Sanidad.

Comunidad Autónoma de residencia	año 2022	año 2021	año 2020	año 2019	año 2018	año 2017	año 2016	año 2015	año 2014	año 2013
Andalucía	12,05	11,18	10,85	11,98	11,29	10,38	10,38	10,59	10,62	11,91
Aragón	8,92	8,72	8,50	9,03	9,19	9,34	9,13	9,53	8,58	10,09
Asturias, Principado de	12,45	11,50	12,03	13,03	12,65	12,73	12,32	12,51	12,70	13,62
Baleares, Illes	12,83	11,56	11,87	13,88	13,92	13,94	13,30	13,03	12,26	13,06
Canarias	10,76	10,61	10,88	12,10	11,56	11,29	11,41	11,58	11,87	13,03
Cantabria	9,20	8,68	7,89	8,45	7,75	7,55	8,01	8,80	8,60	9,19
Castilla - La Mancha	9,21	8,90	8,00	8,66	7,99	7,48	7,31	7,38	8,00	8,97
Castilla y León	7,95	7,17	6,56	7,05	6,60	6,21	6,05	6,33	6,14	7,11
Cataluña	14,87	13,42	13,44	14,72	14,05	12,89	12,80	12,70	12,59	14,18
C. Valenciana	9,66	9,02	8,38	9,47	9,17	8,06	7,87	7,85	8,67	9,58
Extremadura	7,51	7,10	6,43	6,43	6,71	6,06	6,15	5,89	6,22	7,12
Galicia	7,09	5,37	5,71	6,41	6,50	6,51	6,57	6,60	6,78	6,78
Madrid, Comunidad de	12,89	11,90	10,94	13,05	12,74	13,07	12,51	12,54	12,58	14,62
Murcia, Región de	12,26	11,46	11,25	12,07	11,68	10,99	10,82	11,07	11,32	12,56
Navarra, Comunidad Foral de	9,20	8,39	7,66	8,31	7,88	7,88	8,08	8,00	7,53	7,82
País Vasco	11,38	10,39	9,58	10,47	10,03	9,98	9,87	9,57	8,88	9,97
La Rioja	6,71	6,17	5,86	6,18	6,91	6,09	6,04	5,64	6,19	6,78
Ceuta y Melilla, Ciudades Autónomas	3,82	1,79	1,94	2,26	3,50	4,80	5,06	3,72	3,53	3,74
Total	11,68	10,70	10,33	11,53	11,12	10,51	10,36	10,40	10,46	11,74

Tabla 3. IVE según número de abortos previos. Fuente: Instituto de Cartografía y Estadística de Andalucía.

Lugar de residencia	Número de abortos voluntarios anteriores al actual	Total
Andalucía	Total	18757
	0 abortos	11627
	1 aborto	4442
	2 abortos	1483
	3 o más abortos	1205

Lugar de residencia	Anual				
	2022 ±	2021 ±	2020 ±	2019 ±	2018 ±
Andalucía	9,80	9,08	8,84	9,82	9,30
Almería	11,72	11,42	11,24	12,43	11,77
Cádiz	9,20	7,99	7,80	8,81	8,29
Córdoba	7,41	6,87	6,54	7,51	7,03
Granada	8,99	8,54	8,40	9,39	8,44
Huelva	12,43	12,78	11,96	12,34	12,17
Jaén	5,97	5,56	5,52	5,68	5,67
Málaga	10,57	9,59	9,12	10,77	10,18
Sevilla	10,44	9,59	9,59	10,36	9,88

Tabla 4. Nº de IVE por 1000 mujeres entre 15-49 años.

Con todos los datos aportados respecto a la planificación familiar en Andalucía y las tasas de IVE, consideramos importante desarrollar estrategias para abordar esta situación. Que la matrona pueda desarrollar ampliamente sus competencias dentro de la atención primaria en materia de salud sexual y reproductiva, podría ayudar a mitigar esta situación.

Tener un espacio dentro de las agendas, donde poder realizar asesoramiento anticonceptivo, en el que la mujer decida que método es más adecuado para su estilo de vida, y poder llevar a cabo la inserción de implantes y DIUs, que por nuestra formación y acreditación en BOE (realizado por matronas en otras CCAA), somos competentes, va a mejorar la accesibilidad (no tienen la necesidad de desplazarse a un hospital) y la adherencia a los métodos

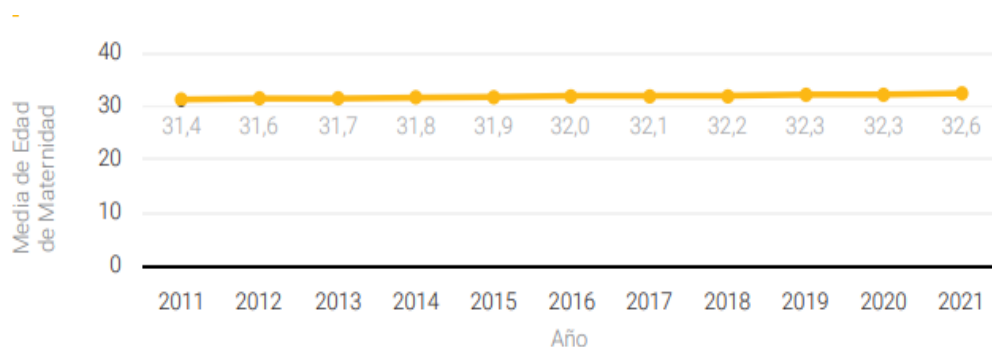
anticonceptivos. Además, formar parte del equipo multidisciplinar junto con los trabajadores sociales y médicos de familia para el seguimiento y asesoramiento de mujeres que deciden realizar una IVE, sería un recurso efectivo para disminuir la tasa de reincidencia, ya que, en la estructura actual del sistema ese asesoramiento está difuso en la atención privada del IVE, además de ser mujeres a las que no se les realiza un seguimiento posterior al mismo. Todo esto sin perder de vista la importancia de la prevención, pudiendo impartir educación sexo-afectiva, no solo en colegios e institutos, si no también en asociaciones comunitarias, que permitan a la mujer aumentar sus conocimientos y empoderarse con recursos respecto a su salud sexual.

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y su implantación efectiva, aplicando políticas y programas gubernamentales eficaces es uno de los objetivos de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁴. Estando demostrado que los países que tiene una buena implantación de estas políticas reducen de forma significativa la morbilidad materna e infantil, además de tener un impacto positivo en su economía que la mujer tenga control consciente de su natalidad⁵.

2.5 ATENCIÓN AL PARTO.

Durante los últimos años la evolución de la edad de la maternidad ha ido en alza, actualmente se encuentra en 32,6 años de edad (Gráfica 4). Además, en 2021 se registraron un total de 40.638 nacimientos en España mediante técnicas de reproducción asistida siendo 12,05% del total de nacimientos⁶. Estos factores poblacionales, sumados a los movimientos migratorios, en las que llegan mujeres con patologías previas no tratadas o con variables culturales que impactan a la salud reproductiva, conllevan a que los procesos de embarazo, parto y puerperio sean cada vez más complejos y riesgosos.

Gráfica 4. Evolución de la media de edad de la maternidad entre 2011-2021 en España. Fuente: INE. Informe CROWE (FAME).



ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

También queremos destacar la evolución al alza de las tasas de cesáreas en Andalucía que podemos apreciar en la Tabla 5. Siendo lo ideal según las recomendaciones internacionales estar por debajo del 18% que en España solo consiguen País Vasco y Comunidad Foral de Navarra Gráfico 5.

Tabla 5. Número de partos vaginales totales, porcentaje de cesáreas y porcentaje del uso de epidural en partos vaginal en Andalucía. Fuente: Servicio Andaluz de Salud (INIHOS y CMBD).

Años	Partos vaginales totales	Cesareas %.	Epidural en partos vaginales %.
2018	43117	23,63%	66,35%
2019	41786	23,78%	63,24%
2020	39639	22,89%	63,92%
2021	38611	23,35%	69,60%
2022	37192	24,30%	70,04%

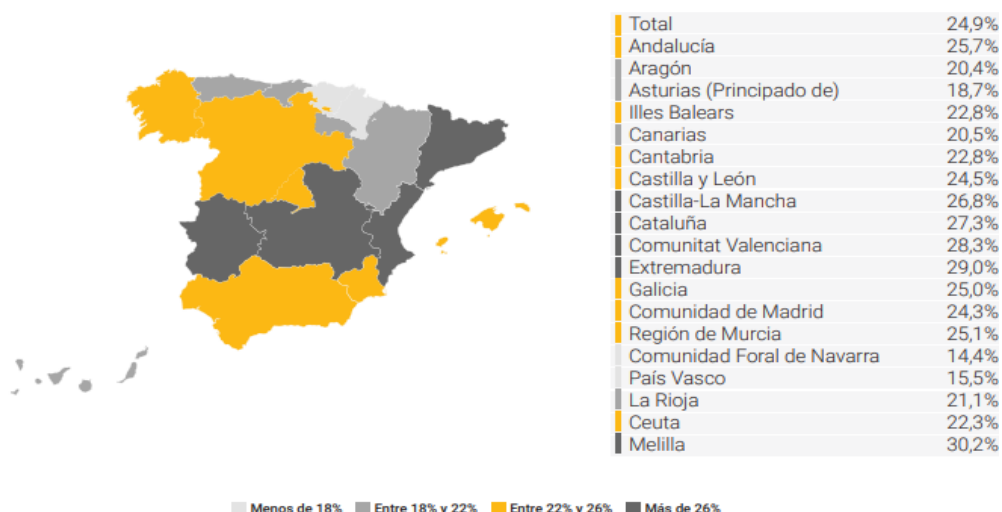
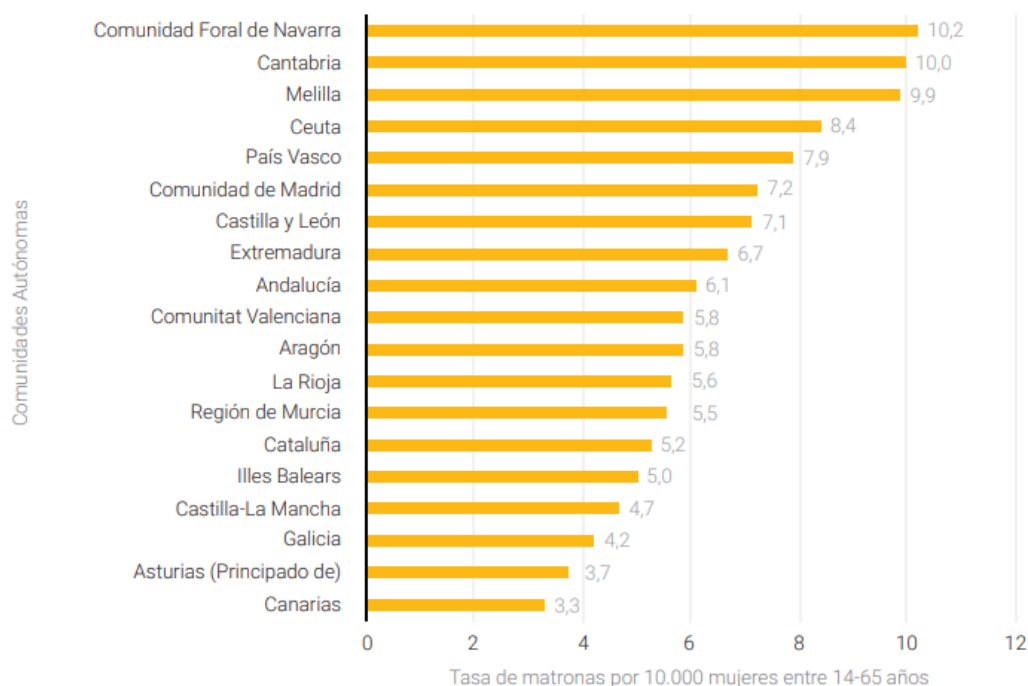


Gráfico 5. Porcentaje de cesáreas por nacimiento según CCAA, 2020, España. Fuente: Informe Salud y Género 2022. Informe CROWE (FAME).

El número de matronas en nuestra comunidad autónoma por 10.000 mujeres entre 14-65 años, es de 6,1, estando por debajo de la media nacional que se sitúa en un 6,74 Gráfico 6.

Gráfico 6. Tasa de matronas por cada 10.000 mujeres (14-65 años) en el 2020 por CCAA Española. Fuente: INE, 2022. Informe CROWE (FAME).



Con estos datos que aportamos, podemos apreciar la complejidad de los cuidados que requiere la mujer gestante habitual en nuestros servicios sanitarios. Es habitual que atendamos a mujeres con factores de riesgo intrínsecos, debido al aumento de la edad para ser madre, el uso de técnicas de reproducción, patologías de base cada vez más prevalentes como la diabetes, la hipertensión arterial o problemas de salud mental, inmigrantes con su complejidad cultural e idiomática y unas exigencias en cuidados cada vez más altas por el aumento de consciencia en salud de la población en general.

Todo esto supone un reto diario para las matronas, que, junto con las gestantes, queremos que estas tengan unos niveles de salud óptimos, tanto físicos como mentales, para atravesar un periodo especial en la vida de la mujer, en la que no disponer de unos cuidados de calidad, puede generar un impacto en la salud materna, fetal, infantil y de la familia irreversibles^{7, 8, 9}. Que todas las mujeres andaluzas tengan garantizado en su centro de salud el acceso a una matrona durante su embarazo y posparto, garantiza que los cuidados que se prestan en este momento vital son los de mayor calidad^{10,11, 12}.

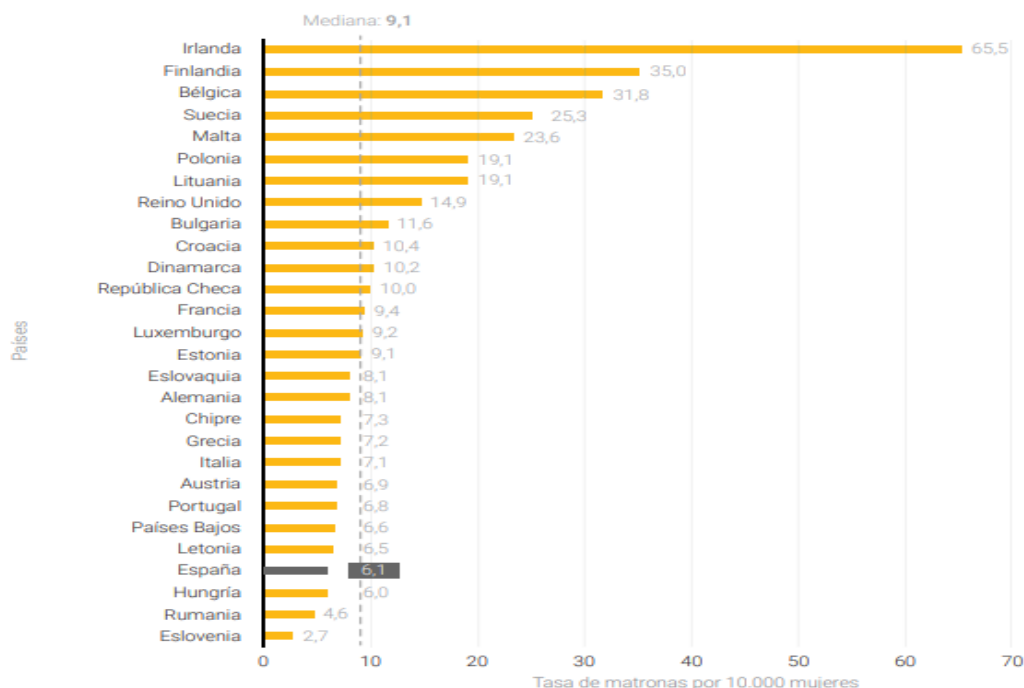
Estos condicionantes también están presentes en el paritorio, con alta probabilidad sea una de las causas que ha contribuido a ese aumento de las cesáreas. En el mismo sentido, el creciente número de inducciones a causa de

esos factores de riesgo, ha podido ser uno de los factores responsables del aumento del uso de la analgesia epidural en los partos vaginales. El número de matronas en un paritorio y que estas sean las que lideren los cuidados de la mujer durante el parto, ha demostrado que puede disminuir la tasa de cesáreas, uso de la epidural, partos instrumentales y episiotomías^{13, 14, 15, 16, 17}. Además de mejorar la satisfacción de la mujer en referencia a la atención con su parto liberándola de ese posible estrés post traumático que algunas mujeres generan tras su parto y que cada vez se está poniendo más de manifiesto como uno de los factores que genera una gran repercusión en la salud mental futura de esa madre^{18, 19, 20}.

2.6 NECESIDAD DE MATRONAS Y PROYECCIONES A FUTURO.

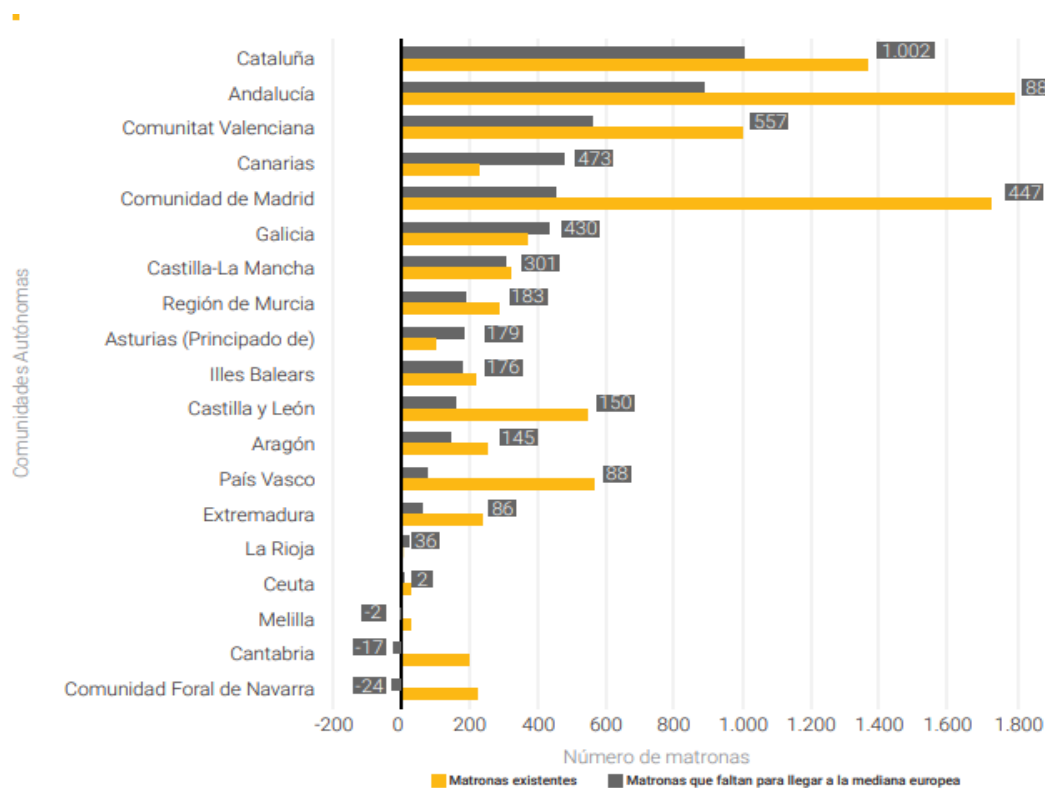
Para que la tasa de matronas cada 10.000 mujeres entre 14-65 años en España (6,1), llegue a la media europea (9,1) se calcula que se necesitan 5093 matronas a nivel nacional (Gráfico 7).

Gráfico 7. Tasa de matronas por 10.000 mujeres entre 15-65 años en países de Europa (incluye Reino Unido). Fuente: OMS, 2022. Informe CROWE (FAME).



La distribución de matronas varía entre comunidades, mientras que la Comunidad de Navarra y Cantabria tienen una media que va con la línea Europea, Andalucía junto con Cataluña están a la cola de esa media, se necesitaría en Andalucía unas 881 matronas (Gráfico 8).

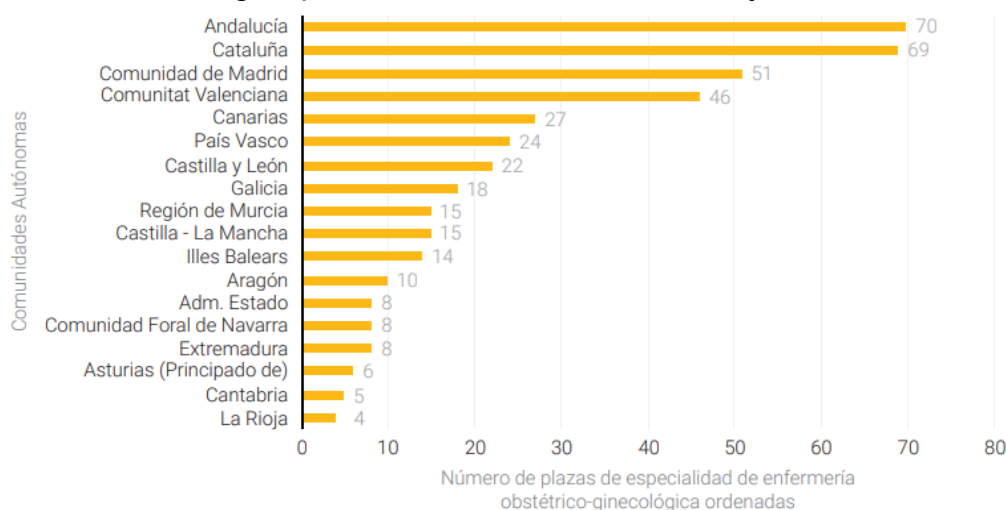
Gráfico 8. Número de matronas que faltan para alcanzar la media europea (tasa de matronas por 10000 mujeres entre 14-65 años) y las existentes en



cada CCAA. Fuente: INE, 2022. Informe CROWE (FAME).

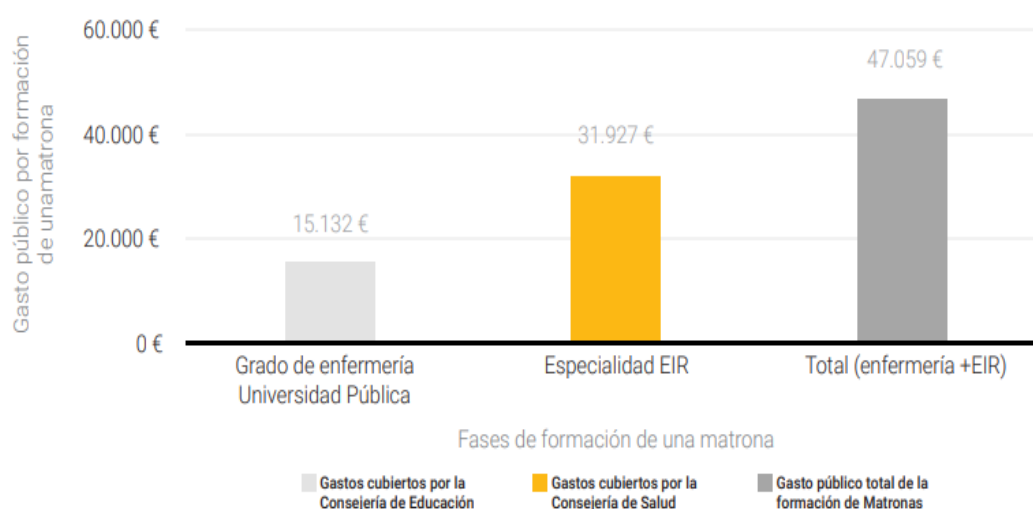
Andalucía es actualmente la comunidad autónoma dónde más matronas se forman, con un total de 70 (Gráfico 8). En contrapartida, somos una de las que menos retienen a sus profesionales, fundamentalmente por la escasez de contratos estables y por la poca posibilidad de desarrollar ampliamente todas nuestras competencias. Lo que hace que comunidades como: Navarra, País Vasco, Cataluña e Islas Baleares, estén recibiendo gran cantidad de nuestras profesionales. La formación de estas matronas supone un costo al Sistema de Salud Público Andaluz, del que luego no se ven beneficiados los andaluces (Gráfico 9).

Gráfico 8. Número de plazas ordenadas para la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica por CCAA 2022. Fuente: Consejo General de



Enfermería. Informe CROWE (FAME).

Gráfico 9. Comparación de los costes durante el grado de enfermería, la especialidad EIR y coste total de la formación según la consejería que cubre los gastos, 2022 España. Fuente: Media de los presupuestos fijados para el grado de enfermería por norma y el presupuesto de cada CCAA, además del



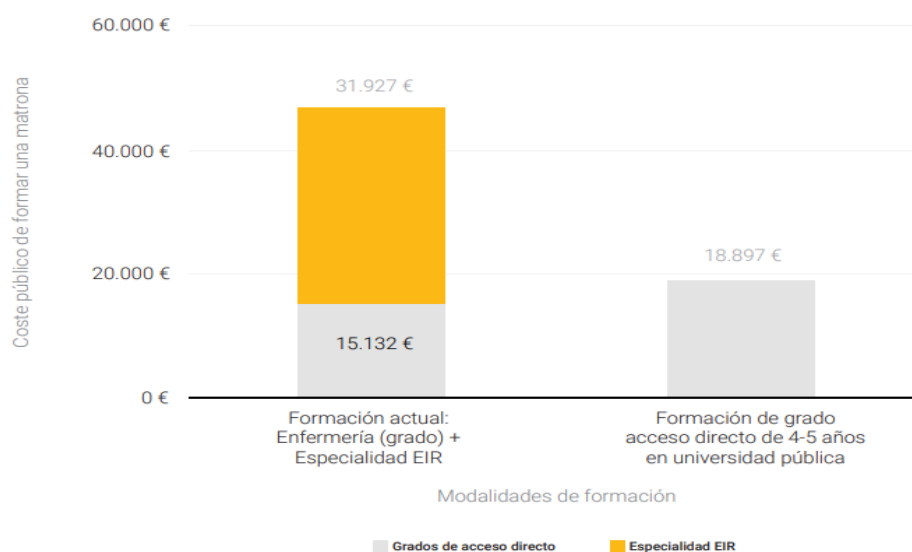
presupuesto destinado a los dos años de salario de un residente. Informe CROWE (FAME).

Mostrando en los gráficos anteriores la situación actual de Andalucía, es un reto alcanzar los estándares de calidad europeos con unas 800 matronas más en nuestro sistema público de salud, ya que anualmente se forman en España solo 420 matronas, sin contar el bache de matronas que se va a generar en los próximos años debido a la no formación de ninguna matrona entre los años

1989-1992 (Sentencia Europea porque España no se ajustaba a las directrices para la formación de matronas), jubilándose un grueso importante de la profesión que no va a tener un relevo, debido a que las administraciones públicas no han contemplado este hecho pudiendo haber aumentado las plazas vía EIR con anterioridad.

Esta es la realidad a la que nos enfrentamos, y por eso desde la FAME (Federación de matronas Españolas) y las diferentes sociedades científicas autonómicas que la conforman, abogamos por la creación de un grado independiente de matrona dentro de las Universidades Públicas, al igual que en otros países europeos como Reino Unido, Bélgica, Portugal o Italia, ya que esta es la única salida factible que vemos para que la profesión no tienda a una dificultad manifiesta para cubrir puesto creados, privando a la población de los beneficios anteriormente citados que la matrona genera en la población. Además esta modalidad es incluso más costo-efectiva que la actual, según se muestra en el gráfico 10.

Gráfico 10. Comparación del gasto público por matrona formada actualmente versus el gasto que requeriría una formación de acceso directo en Universidades públicas españolas, 2022. Fuente: Media de los precios fijados y publicados en los presupuestos anuales de cada CCAA para el grado de



Enfermería, Odontología y las plazas EIR. Informe CROWE (FAME).

3.- SITUACIÓN ACTUAL DE LAS MATRONAS EN ANDALUCÍA

Fuente: Estadística centros sanitarios y especialización: Consejería de Salud y Consumo. Datos matronas: Elaboración propia

PROVINCIA	POBLACION REFERENCIA	NUMERO PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
	15-64 AÑOS 202	2021	2021					
ALMERIA	236.937	2.971	20.73	HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS	15 + 5 en Urgencias		13 1 BIENESTAR FETAL	9
		933	23.90	HOSPITAL LA INMACULADA (Área Gestión Sanitaria Norte)	11		0	3
		2248	20.98	HOSPITAL DE PONIENTE	20		5 1 BIENESTAR FETAL	8
CÁDIZ	POBLACION REFERENCIA	Nº PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
	418.962	1432	26.74	Hospital Puerta del Mar	21		1	1
		1514	25.09	Hospital Puerto Real	17		0	1
		1912	22.08	Hospital de Jerez	24		1	1
		945	27.30	Hospital Punta de Europa	13			1
		No se disponen datos por incorporación		Hospital Virgen de las Montañas	5			
		778	23.65	Hospital de la Línea de la Concepción	12			
				Distrito cadiz-la Janda				18
				Distrito Jerez				8
				Distrito sierra				5
				Distrito Campo de Gibraltar				9
CÓRDOBA	POBLACION REFERENCIA	Nº PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
	256.663	2581	24.09	Hospital Reina Sofía	49 (total de matron: 2 matronas en planta		1 Fisiopatología fetal	
		440	22.04	Hospital Valle de los Pedroches	6		0 1 ARO	
		890	27.19	Hospital Infanta Margarita	10		0	0
		370	19.18	Hospital de Montilla	6		0	0
				Distrito Guadalquivir				12
				Distrito Norte				1
				Distrito Sur				5
GRANADA	POBLACION REFERENCIA	Nº PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
	306.573	2819	22.73	Hospital M. I. HU Virgen de las Ni	22		11 3. (1 en bienestar fetal, 1 en histeroscopia y 1 en medicina fetal)	
				Hospital PTS	26		8 1 bienestar fetal	
		852	22.18	Hospital Santa Ana MOTRIL	13			
		398	23.89	Hospital Comarcal de Baza	9			
				Distrito Granada				7
				Distrito Metropolitano				15
				Distrito Granada Sur				4
HUELVA	POBLACION REFERENCIA	Nº PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
	176.744	3228	19.36	Hospital universitario Juan Ramon Jimenez	32		0	1
		382	24.34	Hospital Río Tinto	6			
				Atención Primaria Huelva				18

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

JAÉN	POBLACION REFERENCIA							
	206.105	NUMERO PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
		1908	19.65	Complejo Hospitalario de Jaén	18	14	3	
		976	23	Hospital San Juan de la Cruz de Ú	10	0	1	
		778	24.67	Hospital San Agustín de Linares	11	0	0	
		411	24.08	Hospital Alto Guadalquivir de An	8	0	0	
				Distrito Jaén				8
				Distrito Jaén Sur				6
				Distrito Jaén Norte				7
				Distrito Jaén Nordeste				9
MÁLAGA	POBLACION REFERENCIA							
	507.918	NUMERO PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
		665	22.85	Hospital Antequera	12	0	0	
		545	27.33	Hospital de la Serranía (Ronda)	6	0	0	
		829	23.64	Hospital la Axarquía	11	0	0	
		4774	29.17	Hospital Materno Infantil (Regio	39	13	0	
	Ya no hace partos. El núm	278	24	Hospital Virgen de la Victoria	19	0	0	
		2156	20.64	Hospital Costa del Sol	21	0	0	
				Distrito Guadal.				4
				Distrito Málaga				20
				Distrito Costa del Sol				16
SEVILLA	POBLACION REFERENCIA							
	655.807	NUMERO PARTOS	% CESÁREAS	HOSPITAL	Nº PARITORIO	Nº PLANTA	Nº CONSULTAS	Nº ATENCIÓN PRIMARIA
		4764	24.53	Hospital Virgen del Rocío	60	0	0	
		2193	24.53	Hospital Virgen Macarena	35	0	1 en Hospital de Día/ 1 Alto Riesgo	
		2127	16.26	Hospital de Valme	25	0	0	
		786	22.13	Hospital La Merced	12	0	0	
		283	34.27	Hospital Écija	5	0	0	
				Distrito Sevilla				22
				Distrito Sevilla Norte				10
				Distrito Sevilla Sur				16
				Distrito Sevilla Este				5
				Distrito Aljarafe				11

Existe gran variabilidad de la situación de las matronas en los diferentes hospitales de Andalucía, **la situación que más llama la atención es la ausencia de matronas en planta de obstetricia/puérperas en muchos de ellos**, (ver Anexo 1: funciones de la matrona en planta gestantes y puérperas), existiendo sólo en Almería, Cádiz, Granada y Jaén, pero ni siquiera en todos los Hospitales. Esto supone una desigualdad en la atención, la figura de matrona en planta facilita el acompañamiento a la mujer logrando que llegue a paritorio en fase activa de parto lo cual disminuye la tasa de cesáreas, además de mejorar las tasas de lactancia materna.

En **Andalucía NO EXISTE ningún hospital con acreditación IHAN** (Fuente: Registro Hospitales IHAN), sólo existen dos hospitales en FASE III IHAN, el

resto se encuentran en su mayoría en FASE II. Uno de sus objetivos es lograr un 75% de lactancia materna exclusiva al alta, lo cual precisa una adecuada observación de toma de lactancia y asesoramiento en las primeras horas para lo que se precisa la existencia de esta figura en planta. Entendemos el esfuerzo realizado por la administración para incrementar el aumento de matronas, pero se hace necesario seguir en este camino de apostar por las enfermeras especialistas aumentando la tasa de las mismas en planta de obstetricia/puérpera conforme se jubilan las enfermeras generalistas para optimizar cuidados en salud.

Por otro lado, **el número de matronas en atención primaria es totalmente insuficiente en relación a la población atendida** si nos fijamos en los datos aportados (población de 15-65 años). **El pertenecer a dispositivos de apoyo y no a centros de salud como equipo básico dificulta nuestra accesibilidad a la población así como nuestro pleno desarrollo competencial** para atender a la mujer en las diferentes etapas de su vida.

El índice más bajo de cesárea en Andalucía es de un 19% alcanzado sólo en dos Hospitales Andaluces: Juan Ramón Jiménez y Complejo Hospitalario de Jaén, la OMS recomienda tasas de 14%. Pero lo más llamativo es que las mayores tasas de cesáreas sean en Hospitales nivel IV como el Hospital Serranía de Ronda con un 27.33 % de cesáreas o nivel V como el Hospital de Écija con un 34 % de cesáreas. Es necesario y urgente analizar las causas de estos índices de cesáreas puesto que una falta de acompañamiento y seguimiento desde primaria debido a la escasez de matronas puede traducirse en incremento de patologías obstétricas por inadecuado control así como inadecuada formación a las mujeres sobre lo que es la fisiología del parto lo cual lleva implícito ingresos precoces y no en fase activa de parto interrumpiendo la propia fisiología del parto.

Finalmente, según datos aportados por MAU tras realizar encuesta a más de 600 matronas (ver anexo 2), un 27.8 % de las matronas que se han formado en Andalucía no trabajan en esta Comunidad o bien un 19% de dicho porcentaje trabaja en otra categoría profesional. Esto último debido a la inestabilidad laboral existente entre la categoría matrona con lo cual prefieren trabajar de enfermeras generalistas.

4.- PROPUESTAS PARA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

Acorde con la Orden SAS 1349/2009 de 6 mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y el Perfil competencial desarrollado en el artículo 55 del R.D 1837/2008 de 8 de Noviembre, las actividades profesionales que como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la mujer.

La Asociación Andaluza de Matronas, como sociedad científica, proponemos la optimización de recursos profesionales reorganizando la asistencia obstétrico-ginecológica de manera que sea atendida por matronas en todas las áreas identificadas en el presente documento, de manera progresiva y sin menoscabo de otros profesionales. Las matronas pueden contribuir a la prestación de todos los servicios anteriores, de forma independiente y/o coordinada con otros profesionales del Equipo de Salud. Actualmente el SSPA cuenta con profesionales Matronas altamente capacitadas/os y específicamente formadas/os en Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

4.1. PROPUESTA PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La crisis actual de Medicina de Atención Primaria con incremento del tiempo para tener cita con el médico de familia, así como también debida a la escasez de los mismos no debe repercutir en la salud de la población si existe una adecuada optimización de recursos, **para ello proponemos descargar las agendas de los médicos de familia así como disminuir las derivaciones a atención hospitalaria con el adecuado desarrollo competencial de la matrona de primaria con:**

- Control completo del embarazo, aumentado el número de visitas por matronas descargando la agenda de los médicos de familia salvo derivación de la matrona por identificación de patología médica. Todo el proceso fisiológico será controlado por la matrona con acto único de vacunaciones propias del embarazo descargando también la agenda de enfermería. Igual que se ha puesto la consulta de acogida de enfermería, las matronas con una especialidad vía EIR estamos plenamente capacitadas como demuestra el marco legislativo europeo.
- Posibilidad de que la ciudadana pueda pedir cita directamente con la matrona a través de click salud igual que existe con medicina de familia y enfermería generalista.
- Asesorar sobre el tratamiento de los problemas más frecuentes relacionados con la sintomatología del climaterio: Indicación de hidrantes vaginales, lubricantes vaginales, probióticos y fitoterapia recomendada como tratamiento del SGM y sintomatología vasomotora, de esta

manera se evita la sobrecarga de las consultas de los médicos de familia en atención primaria sólo en caso de que sea preciso se derivará a MAP de referencia del programa para valoración e indicación de Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) y/o Tratamiento con Estrógenos Locales (TEL) si procede.

- Llevar a cabo actividades de detección precoz de cáncer de cuello uterino (citología y/o detección de VPH). Colaborar en la detección del cáncer de mama y ginecológico. Dar recomendaciones sobre actividades de prevención específicas para estos tipos de cáncer. De esta manera se establece una adecuada coordinación y seguimiento de las pruebas de cribado existentes en Andalucía sobre cáncer de mama y cérvix asegurando la aceptación y participación de la mujer.
- Realizar los exámenes necesarios para las infecciones ginecológicas y de transmisión sexual. Actividades de prevención de ITS.
- Realizar consejo afectivo sexual adaptado a esta etapa vital, promoviendo una vivencia positiva de la sexualidad.
- Valoración de otros problemas ginecológicos. Con respecto a la valoración de suelo pélvico, en caso de prolapso de órganos pélvicos y/o incontinencias, derivar a ginecólogo para valoración y oferta de diferentes tratamientos. En caso de elección del tratamiento conservador con pesario, una vez indicado tipo y número, realizar seguimiento por parte de la matrona en este programa para cambios del pesario en un tiempo determinado (a valorar en cada paciente). Actualmente esto se hace en consulta de urgencias de ginecología o programadas sobrecargando a los facultativos especialistas, esta actividad puede ser llevada a cabo por las matronas como se hace en otras comunidades autónomas.
- Abordaje y manejo de situaciones de sospecha de violencia de género en todas sus manifestaciones.
- Potenciar recursos digitales como:

- a) Elaboración de programa de educación maternal e-salud por matronas en colaboración con la Asociación Andaluza de Matronas.
- b) Habilitación de consulta on-line para resolución de dudas sobre embarazo y lactancia estableciendo un apoyo activo a la lactancia materna.
- c) Posibilitar a aquellas embarazadas que lo deseen el realizar la consulta de manera telefónica fomentando la conciliación laboral/familiar desde el programa de salud maternal

4.2. PROPUESTA PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Circuito de Urgencias obstétrico-ginecológicas: Valoración inicial por parte de la matrona con competencia para solicitar pruebas necesarias reduciendo los tiempos de espera en urgencias.
- Potenciar el ingreso autónomo por parte de las matronas: El triaje es un proceso que facilita la gestión del riesgo clínico y posibilita el manejo adecuado y seguro de los flujos de pacientes. El perfil competencial de la matrona la capacita para proceder al ingreso de gestantes a término de bajo riesgo que se encuentre en fase prodrómica de parto o fase latente de parto y aún no ha alcanzado los 4 cm para ingresar en dilatación/paritorio.
- Potenciar el protocolo de egresos: reduciendo la estancia hospitalaria por falsos pródromos lo cual supone un incremento de la estancia media en los hospitales.
- Existencia de matronas en planta de hospitalización de gestantes: Del mismo modo, en planta de gestantes, la seguridad del binomio madre-hijo ante una urgencia obstétrica; como parto precipitado, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, etc. que requiere el traslado urgente de la gestante al paritorio, pueda ser valorada y atendida de forma precoz por la matrona en planta. La matrona es fundamental para el control de gestantes ingresadas por patología, realizar registros cardiotocográficos, administración de tratamientos específicos, etc. evitando molestias y traslados innecesarios al paritorio y la reducción de gastos en este sentido. En cuanto a la relación de cuidados que se establece, la matrona en planta promueve la confianza de la gestante en el servicio que se le ofrece, disponer de una matrona en planta de forma continuada, disminuye los tiempos de espera, permite detectar precozmente desviaciones de la normalidad, puede aumentar su seguridad y confianza, responder a los planes de parto en la misma planta de hospitalización, puede disminuir la estancia hospitalaria y mejorar los resultados de salud materno-infantil y por ende, la satisfacción materna con la experiencia del parto.
- Humanización de las cesáreas con contacto precoz piel con piel y evitar separación madre/hijo realizando cuidados postoperatorios por la matrona

- en zona de dilatación o postparto con equipamiento adecuado para control de constantes materna y evitar separación binomio madre/hijo
- Adecuado acompañamiento al duelo perinatal con elaboración de caja de recuerdos para favorecer el duelo fisiológico.

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la SEC y SIGMADOS. Encuesta de anticoncepción en España 2022. Hábitos de la población femenina en relación al uso de anticonceptivos. 2022.
2. Bahamondes, L., Fernandes, A., Monteiro, I., & Bahamondes, M. V. (2020). Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, 28-40.
3. Marmett, B., Guaranha, DDFK, de Carvalho, AF, Reis, JM, de Souza, CLE, Dalcin, TC y Amantéa, SL (2023). Ahorro de costos y eficacia de la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC) en la prevención del embarazo en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de Ginecología Pediátrica y Adolescente* .
4. OMS. Planificación Familiar/Métodos Anticonceptivos. Disponible en [<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>]. Publicado el 5 de Septiembre de 2023.
5. Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J. y Tsui, A. (2012). Anticoncepción y salud. *The Lancet* , 380 (9837), 149-156.
6. Ministerio de Sanidad y SEF. Registro Nacional de Actividad 2021. Registro SEF. Informe estadístico de técnicas de reproducción asistida 2021. Disponible en [https://www.registrosef.com/public/docs/sef2021_IAFIV.pdf]. 2021.
7. Castelló, A., Río, I., Martínez, E., Rebagliato, M., Barona, C., Llácer, A., & Bolumar, F. (2012). Differences in preterm and low birth weight deliveries between spanish and immigrant women: influence of the prenatal care received. *Annals of epidemiology*, 22(3), 175-182.
8. Barbosa, I. R. C., Silva, W. B. M., Cerqueira, G. S. G., Novo, N. F., Almeida, F. A., & Novo, J. L. V. G. (2015). Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: the impact of prenatal care. *Therapeutic advances in cardiovascular disease*, 9(4), 140-146.
9. Buultjens, M., Farouque, A., Karimi, L., Whitby, L., Milgrom, J., & Erbas, B. (2021). The contribution of group prenatal care to maternal psychological health outcomes: A systematic review. *Women and Birth*, 34(6), e631-e642.
10. ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H.& Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226-1235.
11. Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F. & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.

12. Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A. M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., ... & Eapen, V. (2023). The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*, 116, 103546.
13. Long, Q., Allanson, E. R., Pontre, J., Tunçalp, Ö., Hofmeyr, G. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review. *BMJ global health*, 1(2), e000096.
14. Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC pregnancy and childbirth*, 21, 1-10.
15. Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife led units: transforming maternity care globally. *Annals of global health*, 86(1).
16. Hoxha, I., Grezda, K., Udutha, A., Taganoviq, B., Agahi, R., Brajshori, N., & Rising, S. S. (2023). Systematic review and meta-analysis examining the effects of midwife care on cesarean birth. *Birth*.
17. Attanasio, L. B., Alarid-Escudero, F., & Kozhimannil, K. B. (2020). Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: a cost comparison. *Birth*, 47(1), 57-66.
18. McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 465-474.
19. Alba, R., Franco, R., Patrizia, B., Maria, C. B., Giovanna, A., Chiara, F., & Isabella, N. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(Suppl 6), 41.
20. Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45(3), 322-327.
21. CROWE y FAME. Desarrollo de la profesión matrona en España: retos y recomendaciones. Disponible en [<https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/Informe-Analisis-FAME-2023-VF110423.pdf>]. Febrero de 2023.
- 22.- European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Europeristat

**ANEXO 1. FUNCIONES DE LA MATRONA EN PLANTA DE CUIDADOS
ANTENATALES (GESTANTES) Y PUÉRPERAS**

Las competencias de las matronas en una PLANTA DE CUIDADOS ANTENATALES pueden variar según el contexto específico y las políticas de salud de cada país o institución, pero generalmente incluyen las siguientes:

- **Evaluación y seguimiento del embarazo:** Las matronas deben evaluar completamente el estado de salud de la mujer embarazada y del feto. Esto implica la medición de signos vitales, la realización de pruebas de laboratorio y la interpretación de resultados, así como la monitorización del crecimiento fetal y la posición del bebé.
- **Educación y asesoramiento:** Las matronas deben proporcionar información y asesoramiento a las mujeres embarazadas y a sus familias sobre el embarazo, el parto, la lactancia materna, el cuidado del recién nacido y otros temas relacionados con la salud materno-infantil.
- **Apoyo emocional:** Las matronas deben ser sensibles a las necesidades emocionales de las mujeres embarazadas y sus familias y proporcionar apoyo emocional durante todo el embarazo, el parto y el período postparto.
- **Monitorización y atención de complicaciones:** Las matronas deben identificar y gestionar las complicaciones que surjan durante el embarazo, como la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional, el parto prematuro, entre otros.
- **Coordinación de la atención:** Las matronas a menudo trabajan en equipo con otros profesionales de la salud, como obstetras, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales, para garantizar una atención integral y coordinada para las mujeres embarazadas y sus familias.
- **Promoción de la salud:** Las matronas deben promover prácticas saludables durante el embarazo, como una alimentación equilibrada, ejercicio regular y la abstención de alcohol, tabaco y drogas.
- **Gestión del dolor:** Las matronas deben estar capacitadas en técnicas de alivio del dolor farmacológicas y no farmacológicas. En el primer caso deben estar capacitadas para valorar la necesidad de analgesia y asistir en todo momento el procedimiento tanto si lo administra otro profesional como si lo administran ellas.
- **Evaluación del bienestar fetal:** Las matronas deben evaluar el bienestar fetal utilizando técnicas como la monitorización electrónica fetal e interpretar variaciones en los latidos cardíacos fetales.
- **Manejo de emergencias obstétricas:** Las matronas deben estar preparadas para manejar emergencias obstétricas que puedan surgir en una

fase prodrómica del parto, tales como el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta o el prolapso de cordón entre otras.

- **Evaluación de riesgos y planificación de cuidados:** Las matronas deben identificar factores de riesgo en el embarazo y desarrollar planes de cuidados individualizados para abordarlos, incluyendo la coordinación de la atención con otros profesionales de la salud si es necesario.
- **Apoyo en situaciones de pérdida gestacional:** Las matronas deben ser sensibles y compasivas al brindar apoyo a las mujeres y sus parejas en situaciones de pérdida gestacional, como aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina o interrupción del embarazo, ofreciendo orientación emocional y apoyo en la toma de decisiones.
- **Abordaje de la diversidad cultural:** Las matronas deben estar capacitadas para reconocer y respetar las diferencias culturales y religiosas de las mujeres y sus familias, adaptando la atención y el asesoramiento según las necesidades y creencias individuales.
- **Manejo de la violencia de género:** Las matronas deben estar capacitadas para identificar signos de violencia de género durante el embarazo y el parto, ofrecer apoyo emocional y referir a las mujeres a servicios especializados para su protección y apoyo.
- **Trabajo en equipo interprofesional:** Las matronas deben colaborar de manera efectiva con otros miembros del equipo de atención médica, como obstetras, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales, para proporcionar una atención integral y coordinada a las mujeres y sus familias.
- **Apoyo a la toma de decisiones informadas:** Las matronas deben ayudar a las mujeres embarazadas a comprender sus opciones de atención prenatal, incluidas las pruebas diagnósticas, procedimientos médicos y opciones de parto, para que puedan tomar decisiones informadas que se alineen con sus valores y preferencias personales.
- **Sensibilidad a las necesidades de las mujeres LGBTQ+:** Las matronas deben ser sensibles a las necesidades específicas de las mujeres LGBTQ+ durante el embarazo y el parto, proporcionando un entorno de atención inclusivo y respetuoso y adaptando los cuidados según las necesidades individuales de cada persona.

Las competencias de las matronas en una PLANTA DE PUÉRPERAS:

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

- Seguimiento específico del puerperio favoreciendo la fisiología del mismo y promoviendo en todo momento el bienestar del binomio materno fetal y el de la familia.
- Impulsar la lactancia materna, garantizando una correcta instauración de la misma.
- Detección de desviaciones de la normalidad y actuación en consecuencia con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar.
- Detección y actuación inmediata en emergencias en el puerperio como la hemorragia puerperal o la detección precoz de embolismos, entre otros.
- Actividades de promoción de la salud, haciendo especial incapaz al puerperio y detección precoz de alteraciones mentales como por ejemplo depresión postparto.
- Detección precoz de casos de violencia de género y actuación según protocolos hospitalarios.
- Valoración del bienestar del recién nacido.
- Educación y apoyo a la crianza con apego: Las matronas pueden proporcionar educación y apoyo a las mujeres y sus parejas sobre las prácticas de crianza con apego, fomentando el vínculo emocional entre padres e hijos.

Estas competencias adicionales reflejan aún más la complejidad y la importancia del papel de las matronas en la atención prenatal y obstétrica, así como su compromiso con la promoción de la salud materno-infantil y el bienestar de las familias.

ANEXO 2. ENCUESTA MAU (MATRONAS UNIDAS ANDALUZAS). SITUACIÓN LABORAL DE LAS MATRONAS EN ANDALUCÍA

01/Marzo/2024. N:634 Encuestadas.

El 65'4% de las matronas se han formado en Andalucía. Actualmente trabajan como matronas el 72'2% frente al 27'8%, que, a pesar de haberse formado en Andalucía, no trabajan como matronas. Del 72.2 % que trabajan como matronas:

- 36'3% tiene plaza en

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS

propiedad.

- 22'9% es eventual.
- 18'7% es interino.
- 14% cubre reducciones de jornada.
- 2'1% tienen contratos en hospitales privados.
- 5'3% son autónomas trabajando en hospital privado.
- 0'4% trabaja de manera independiente.

De ese 72,2%, el 91'9 % son trabajadoras del SAS, siendo el 73'3% trabajadoras en atención especializada frente al 26'7%, que trabajan en atención primaria.

Del 27'8% de matronas que no trabajan en Andalucía:

- 40'2% están en paro.
- 39'7%, trabaja en otra comunidad autónoma.
- 19% trabaja en Andalucía en otra categoría profesional.

Las encuestadas refieren no trabajar en Andalucía por:

- Existencia de pocas plazas y nula actualización de la bolsa de trabajo.
- No se ofertan contratos de larga duración y por lo tanto hay poca estabilidad laboral implicando dificultad para la conciliación familiar.
- Oferta de contratos con mejores condiciones en la categoría de enfermera, lo cual impide el acceso a contratos de matrona.
- En otras comunidades, el desarrollo de competencias de las matronas es mayor y existe mayor autonomía de la profesión.

De este porcentaje, el 96'9% refiere que le gustaría volver o trabajar como matrona en Andalucía.