

Declaración de postura

Intervenciones innecesarias y riesgo de daños para las mujeres y los recién nacidos

REVISIÓN: 2026

Antecedentes

Las intervenciones médicas y quirúrgicas durante el embarazo, el parto y el posparto (en lo sucesivo, periodo perinatal) son componentes esenciales de una atención de calidad cuando se utilizan correctamente, con indicaciones clínicas claras y con evidencia demostrada de beneficio (1). Cuando existe un acceso oportuno a ellas, estas intervenciones pueden salvar vidas y mejorar los resultados de salud para las mujeres y los recién nacidos (2). A pesar de que la supervivencia materna y neonatal (3) ha mejorado en todo el mundo, no está garantizado el acceso oportuno a una atención de calidad en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y del adolescente (SSRMNA) a escala global; este vacío persistente se suele describir como «atención escasa y demasiado tarde» (4).

Al mismo tiempo, con frecuencia se utilizan intervenciones sin que exista una indicación clínica, en contra de las recomendaciones basadas en la evidencia –un

patrón que se describe como «atención exagerada y demasiado prematura» (4). Algunos ejemplos serían el uso no indicado de ecografías, monitorización fetal electrónica continua, inducción del parto, cesáreas y administración de antibióticos, el pinzamiento temprano del cordón umbilical y el uso de leches de fórmula para lactantes. Esta hipermedicalización se asocia a peores resultados de salud entre la población (5). Por ejemplo, las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, si bien el parto por cesárea salva vidas cuando está indicado, unas tasas poblacionales superiores al 10-15 % aprox. no se asocian a una mayor reducción de la mortalidad y están relacionadas con un aumento de la morbilidad materna y neonatal a corto y largo plazo (5,6). La inducción rutinaria del parto es un ejemplo de intervención que solo ofrece un beneficio mínimo a nivel poblacional en lo que respecta a un único resultado, sin tener plenamente en cuenta los efectos a largo plazo, incluidas las repercusiones en las experiencias de las mujeres (7). Estos patrones no carecen de consecuencias.

Las intervenciones innecesarias pueden alterar el funcionamiento fisiológico normal, aumentar la probabilidad de intervenciones adicionales y contribuir a daños físicos y psicológicos a corto y largo plazo. Por ejemplo, pueden aumentar las tasas de partos instrumentados innecesarios, infecciones, hemorragias, complicaciones respiratorias neonatales, dificultades para iniciar la lactancia materna y experiencias de parto negativas. Estas prácticas también suponen una carga económica y operativa considerable para los sistemas sanitarios y los individuos (5-8).

Entre los desencadenantes se encuentran el temor a litigios, la comodidad de los profesionales sanitarios y los incentivos económicos y organizativos. Y también presiones sistémicas más amplias, por ejemplo, cuestiones medico-jurídicas, la cultura y narrativas sociales sobre el riesgo y la seguridad que anteponen la rapidez y el volumen a unos procesos fisiológicos seguros (8).

La normalización de las intervenciones rutinarias sin evidencia de beneficio, sumada al acceso limitado a modelos de atención en matronería y a una educación prenatal inadecuada, puede reducir la confianza de las mujeres y las familias en el periodo perinatal normal. También puede limitar las oportunidades para que las matronas y otros profesionales de la salud desarrollen y mantengan las competencias necesarias para atender procesos fisiológicos (9).

Estos patrones preocupantes reflejan un deterioro generalizado de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (SDRS). Cuando las intervenciones innecesarias se convierten en algo cotidiano, la autonomía corporal de las mujeres se ve limitada, y merma la capacidad de las matronas para prestar una atención segura, individualizada y basada en la evidencia (10).

Juntas, la «atención exagerada y demasiado prematura» y la «atención escasa y demasiado tarde» reflejan una creciente polarización en el ámbito de la SSRMNA y ponen de relieve las desigualdades y la incapacidad de los sistemas de salud para prestar una atención adecuada, basada en la evidencia, centrada en la mujer y cimentada en sus derechos (4).

Postura

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) sostiene que las intervenciones médicas durante el periodo perinatal deben estar a disposición de todas las personas cuando exista una indicación clínica y deben evitarse cuando no exista una indicación clínica.

Todas las mujeres merecen recibir una atención centrada en la mujer y cimentada en sus derechos que defienda la autonomía corporal de las mujeres a través de la facilitación de una toma de decisiones basada en la evidencia, también en lo relativo a las intervenciones médicas.

Las matronas son decisivas a la hora de garantizar el equilibrio entre las intervenciones necesarias y la protección del bienestar fisiológico y psicológico de las mujeres a través de la prestación de una atención cualificada y continua de acuerdo con [La filosofía y el modelo de atención de la partería](#).

Los sistemas de salud deben permitir que las matronas ejerzan de manera autónoma en colaboración con las mujeres. Esto incluye facilitar procesos fisiológicos, ofrecer una continuidad de la atención, propiciar una toma de decisiones basada en la evidencia, garantizar el acceso oportuno a las intervenciones necesarias y poder derivar a otros especialistas cuando surgen complicaciones.

Recomendaciones

La ICM insta a las autoridades sanitarias y los responsables políticos a lo siguiente:

1. Invertir en la formación, la contratación, la regulación y la retención de matronas y reconocerlas como las profesionales sanitarias más adecuadas para dirigir la atención prestada a las mujeres durante el periodo perinatal fisiológico cuando no existan complicaciones
2. Desarrollar, implementar y supervisar políticas y directrices que fomenten el uso adecuado y basado en la evidencia de las intervenciones médicas
3. Recopilar y analizar datos de manera sistemática sobre las tasas de intervención y los resultados de salud de madres y recién nacidos para cimentar en ellos la elaboración de políticas basadas en la evidencia y la planificación estratégica del sistema sanitario
4. Abordar los desencadenantes estructurales de las intervenciones innecesarias, entre ellos, los incentivos económicos y organizativos, y las presiones del sistema sanitario que anteponen la rapidez y el volumen de la atención a los procesos fisiológicos
5. Garantizar el acceso universal a los modelos de atención en matronería, incluida la continuidad de la atención en matronería, para reducir el número de intervenciones innecesarias y propiciar los procesos fisiológicos
6. Reforzar los sistemas de derivación y la colaboración interprofesional para que las mujeres y los recién nacidos que presenten complicaciones reciban una atención segura, oportuna y apropiada

La ICM insta a las asociaciones de matronas a lo siguiente:

1. Abogar por una regulación, unas políticas y una financiación que impulsen el acceso a las intervenciones adecuadas y permitan el acceso universal a modelos de atención en matronería
2. Fomentar la generación y la difusión de investigaciones sobre las tasas de intervención, los resultados y los desencadenantes, en particular, por parte de investigadores del ámbito de la matronería

3. Abogar por una formación previa al ejercicio y durante el ejercicio que equipe a las matronas con los conocimientos, las aptitudes y los comportamientos necesarios para propiciar un periodo perinatal fisiológico seguro, tomar decisiones basadas en la evidencia en relación con las intervenciones o asesorar sobre ellas e identificar, gestionar y derivar con prontitud los casos de mujeres y recién nacidos que presenten complicaciones
4. Fomentar la colaboración con otras asociaciones profesionales para promover modelos de atención interprofesionales que reconozcan que el respeto mutuo, la comunicación y unos mecanismos eficaces de derivación en todo el sistema sanitario contribuyen a reducir el número de intervenciones innecesarias

La ICM insta a las matronas a lo siguiente:

1. Defender la autonomía corporal de las mujeres y ayudar a las mujeres a tomar decisiones fundamentadas –también sobre las intervenciones en el periodo perinatal– a través de una atención personalizada
2. En colaboración con las mujeres, propiciar los procesos fisiológicos, recomendando intervenciones únicamente cuando exista indicación clínica y encargándose de la gestión y la derivación oportuna a un equipo interprofesional cuando surjan complicaciones durante el periodo perinatal
3. Aumentar la concienciación, sobre todo, a través de la educación prenatal, sobre el uso adecuado de las intervenciones y los derechos de las mujeres durante el periodo perinatal
4. Comprometerse con la colaboración interprofesional, reconociendo que una intervención adecuada está determinada por una consulta oportuna, una toma de decisiones coordinada y una derivación eficaz
5. Mantener sus competencias a través del aprendizaje permanente, la práctica reflexiva y el cumplimiento de las normas profesionales

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (2025). *WHO Recommendations on Maternal Health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Second edition. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080591>
2. Organización Mundial de la Salud (2024). *Transitioning to midwifery models of care: global position paper*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>
3. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2025). *The Sustainable Development Goals Report 2025*. Nueva York: UN-DESA. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/>
4. Miller, S., et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 388(10056):p2176-192. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)
5. Sandall, J., et al. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 392(10155):p1349-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322585/>
6. Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
7. Haavaldsen, C., Morken, NH., Didrik Saugstad, O., Eskild, A. (2022). Is the increasing prevalence of labor induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37–42 in Norway during 1999–2019. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 102(2):p158-73. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14489>
8. Visser, GHA., et al. (2023). FIGO opinion paper: Drivers and solutions to the cesarean delivery epidemic with emphasis on the increasing rates in Africa and Southeastern Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 163(S2):p5-9. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.15111>
9. Wood, J., et al. (2025). A five-country comparison of midwifery students' confidence in facilitating normal labor and birth. *European Journal of Midwifery*. 17(9). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12532045/>

10. Starrs, A., Ezeh, A., Sedgh, G., Singh, S. To achieve development goals, advance sexual and reproductive health and rights. *The Lancet*. 403(10429):p787-9.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02360-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02360-7/fulltext)