

Declaración de postura

Modelos de atención en matronería: la opción ideal para todas las mujeres

REVISIÓN: 2026

Antecedentes

A pesar de los avances considerables logrados en las últimas décadas, las tasas de mortinatalidad y de mortalidad y morbilidad de madres y recién nacidos siguen siendo inaceptablemente elevadas a escala mundial, lo que pone de manifiesto la persistencia de las desigualdades en materia de salud (1,2,3). La evidencia demuestra que más del 60 % de las muertes maternas y neonatales y los mortinatos podrían evitarse si se lograra la cobertura universal de la atención prestada por las matronas de aquí a 2035 (4,5). Esto se debe a que las matronas formadas y reguladas pueden prestar el 90 % de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y del adolescente (SSRMNA). A pesar de ello, las matronas representan menos del 10 % de la fuerza laboral mundial de SSRMNA. La transición a modelos de atención en matronería tiene el potencial de mejorar estos resultados (5,6,7).

Los modelos de atención en matronería son modelos de atención en los que los principales responsables de la atención que reciben las mujeres y los recién nacidos – desde antes del embarazo y de forma continuada a lo largo de todo el periodo prenatal, el parto, el nacimiento y el posparto, en lo sucesivo, periodo perinatal– son matronas formadas y reguladas (7,8). Quien presta la atención es una matrona conocida y de confianza –o un pequeño grupo de matronas– que, de manera autónoma, presta y coordina una atención respetuosa y de alta calidad a lo largo del periodo perinatal. Este

enfoque refleja una filosofía y un modelo de atención centrados en la continuidad de la atención, las relaciones de confianza entre matronas y mujeres, y la facilitación de un parto fisiológico seguro (8,9).

A escala global, se recomienda que los modelos de atención en matronería sean la primera opción para todas las mujeres (7,8). Cuando las mujeres están sanas y sus embarazos se desarrollan sin complicaciones, la matrona es la principal proveedora de atención durante el periodo perinatal y presta unos servicios de SSRMNA holísticos, basados en la evidencia y ajustados a las necesidades y los valores de la mujer (7). Cuando la mujer o su recién nacido sufren complicaciones durante el periodo perinatal, la matrona coordina la atención, garantizando la derivación segura y oportuna al especialista que corresponda dentro de una red interdisciplinaria funcional de profesionales sanitarios que pueden prestar los servicios necesarios mientras una matrona conocida sigue prestando y coordinando la atención (7, 9).

Implementar modelos de atención en matronería salva vidas, mejora los resultados de salud a corto, medio y largo plazo para las mujeres y los recién nacidos, y aumenta el grado de satisfacción de las mujeres con la atención recibida, experiencias de parto incluidas. Estos modelos también se asocian a la reducción de las desigualdades sanitarias y a la optimización de la asignación de recursos, por lo que garantizan la inversión en las prácticas de SSRMNA más eficaces y de mayor impacto (10,11).

Postura

La ICM sostiene que se deben implementar, reconocer, respaldar e integrar modelos de atención en matronería en todos los sistemas de salud –entornos hospitalarios, comunitarios y domiciliarios, sectores público y privado y asociaciones público-privadas, entornos con recursos limitados y entornos de emergencia humanitaria y crisis incluidos– como norma para la atención perinatal.

La ICM defiende que todas las mujeres deberían tener acceso a modelos de atención en matronería. Las matronas trabajan en colaboración con las mujeres y sus familias para fomentar resultados seguros y experiencias positivas durante el periodo perinatal.

La ICM reconoce la importancia de la colaboración interprofesional y subraya que los modelos de atención en matronería se deben afianzar a través de alianzas sólidas a escala local, nacional e internacional.

Recomendaciones

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

1. Capacitar y ayudar a los países en la transición a y la implementación de modelos de atención en matronería
2. Invertir en formación en matronería previa y paralela al ejercicio y en marcos políticos para que las matronas puedan ejercer plenamente su profesión en el contexto de modelos de atención en matronería basados en la evidencia
3. Garantizar que los modelos de atención en matronería sean accesibles, asequibles y equitativos para todas las mujeres
4. Reforzar la colaboración interprofesional entre matronas, obstetras y ginecólogos y otros profesionales de la salud a la hora de implementar modelos de atención en matronería y ayudar a las mujeres con necesidades de atención complejas

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

1. Abogar por políticas nacionales que reconozcan e integren modelos de atención en matronería en todos los niveles del sistema sanitario
2. Fomentar la implementación de modelos de atención en matronería y el reconocimiento de las matronas como principales proveedoras de servicios de SSRMNA
3. Colaborar con mujeres, comunidades, organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas clave para abogar por que los países adopten modelos de atención en matronería en aquellos lugares en los que aún no existan
4. Aumentar la concienciación y el conocimiento de la comunidad sobre los modelos de atención en matronería
5. Reforzar la comunicación interprofesional y la colaboración entre las asociaciones de matronas y las sociedades obstétricas y ginecológicas para respaldar una implementación eficaz de los modelos de atención en matronería

La ICM insta a las matronas a lo siguiente:

1. Participar activamente en el diseño, la planificación, la organización y la aplicación de modelos de atención en matronería en colaboración con las mujeres
2. Defender, junto con las mujeres y otras partes interesadas, la implementación de modelos de atención en matronería en los países en los que las mujeres aún no tengan acceso a este tipo de atención
3. En los países en los que ya existan modelos de atención en matronería, contribuir a su desarrollo, fortalecimiento y sostenibilidad continuados

Referencias

1. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366225>). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Organización Mundial de la Salud. (2025). Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division
3. UNICEF (2025). Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME). Standing up for stillbirth. Current estimates and key interventions: Report of the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2024. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2025
4. Nove, A, Friberg, IK, de Bernis, L, McConville, F, Moran, A C, Najjemba, M., ... & Homer, C. S. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. The Lancet Global Health, 9(1), e24-e32. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1)
5. UNFPA, UNICEF, OMS, ICM, Jhpiego. The Midwifery Accelerator: expanding health care for women and newborns. Nueva York: UNFPA, 2025. Disponible en: <https://www.unfpa.org>

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Confederación Internacional de Matronas, Organización Mundial de la Salud. El Estado de las Matronas en el Mundo 2021. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2021
7. Transitioning to midwifery models of care: global position paper. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2024. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
8. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2025.
9. Benyamini Y, Molcho ML, Dan U, Gozlan M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth*. 2017 Oct 1;30(5):424-30.
10. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. 2024;(4): CD004667.pub6 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-45 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)).

Revisada en la reunión del Consejo de Lisboa, 2026

Siguiente revisión en 2029