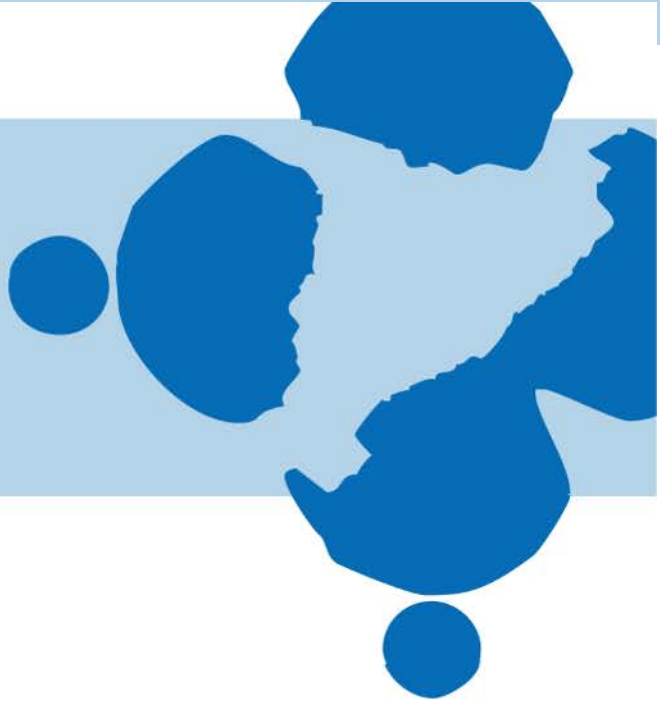
CCIIC2026



ANÀLISI DE LA NECESSITAT DE LLEVADORES A CATALUNYA

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

Continguts

Pròleg 4

Introducció 6

D'on venim 8

Marc competencial i estratègic de la llevadora en l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva 11

Desplegament de les competències de llevadora a Catalunya 13

Quin és el àmbit d'actuació de l'exercici professional de la llevadora? 15

Atenció primària i comunitària 16

Atenció hospitalària i centres de naixement 16

Exercici lliure i part a casa 17

Altres àmbits professionals, docència i recerca 20

On som? Situació actual 21

Indicadors sobre l'estat de les llevadores a Catalunya 23

Bases i fonts de dades pel càlcul dels ràtios 23

Ràtio per activitat obstètrica: 1 llevadora per cada 175 parts 25

Ràtio poblacional: 10 llevadores per cada 10.000 dones en edat reproductiva 27

Model de continuïtat de cures (*caseload midwifery*): 35-40 dones gestants per llevadora/any 28

Anàlisi de la previsió de jubilacions i comparativa de la distribució de les edats de les llevadores per demarcacions 29

Distribució de les edats de les llevadores per comarques 29

Previsió de les jubilacions per província (2026-2040) 31

Anàlisi de l'accés a la formació de llevadores a Catalunya 37

La Formació Sanitària Especialitzada (FSE) a Catalunya 39

Comparativa entre la formació EIR i les jubilacions previstes de llevadores a Catalunya (2026-2035) 41

On volem anar? Visió de futur 44

Un sistema de salut en transició 44

Exemples organitzatius en serveis especialistes innovadors 44

Model de continuitat de cures amb equip de caseloading 44
Centres de naixement liderats per llevadores 45
Model de Salut maternal als Països Baixos (Holanda) 48
Què necessitem per arribar-hi? Planificació de serveis 50
Proposta i projecció del pla d'increment de places de LLIR i llevadores per assolir una cobertura de llevadores adient (2026-2040) 51
Escenari 1: Ràtio d'activitat obstètrica (1 llevadora/175 parts) 52
Escenari 2: Ràtio de continuïtat assistencial (40 gestants/llevadora) 53
Escenari 3: Ràtio poblacional (10 llevadores/10.000 dones) 53
Propostes per incrementar les places de LLIR i el nombre de llevadores 54
Cost econòmic de la proposta pel pla d'increment de llevadores 60
Impacte econòmic de les llevadores en el sistema sanitari 66
Millora dels resultats clínics i reducció d'intervencions 66
Cost-efectivitat i impacte pressupostari 67
Dotació professional, condicions laborals i costos indirectes 69
Retorn de la inversió i sostenibilitat del sistema sanitari 70
Reconeixement de la categoria professional 70
Limitacions 73
Conclusions 75
Bibliografía 79
Autoria 90
Com citar aquest document 90

Pròleg

Al llarg de tot el cicle vital, les llevadores exerceixen una funció essencial i insubstituïble en l'atenció integral a les dones, les famílies i la comunitat. En aquest marc, la salut afectiva, sexual i reproductiva constitueix un dels eixos fonamentals dels sistemes sanitaris contemporanis i un indicador rellevant de qualitat, equitat i benestar social. Aquesta centralitat de la llevadoria en la salut de les dones i en la salut pública és coherent amb l'evidència disponible i amb el reconeixement institucional del seu paper en l'atenció integral al llarg del cicle vital.

Des de la Comissió de Llevadores del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC) s'impulsa el document *Anàlisi de la necessitat de llevadores a Catalunya* amb la voluntat de contribuir a una planificació rigorosa, responsable i basada en l'evidència dels recursos professionals del sistema sanitari, d'acord amb les necessitats actuals i futures de la població. Aquesta iniciativa s'emmarca en l'objectiu d'aportar elements per afrontar el dèficit de llevadores i orientar l'estratègia de planificació professional al territori.

L'anàlisi que es presenta posa de manifest la rellevància de les llevadores dins del model assistencial català, així com els principals reptes que afronta la professió en relació amb el relleu generacional, la dotació de professionals, l'equitat territorial i el desplegament efectiu de les seves competències. En aquest sentit, la disponibilitat insuficient de professionals pot comprometre l'accessibilitat i la continuïtat de l'atenció, especialment en àmbits i territoris amb major vulnerabilitat.

Les evidències científiques internacionals mostren de manera consistent que els models assistencials liderats per llevadores s'associen a millors resultats en salut materna i neonatal, a una menor intervenció obstètrica i a experiències de naixement més respectuoses i satisfactòries per a les dones. Alhora, aquestes modalitats d'atenció poden contribuir a una major eficiència i sostenibilitat dels sistemes sanitaris, sempre que es garanteixin una planificació adequada, unes ràtios suficients i

el reconeixement professional necessari per desenvolupar plenament les competències de la professió.

Aquest treball representa també una oportunitat per reflexionar sobre el model de salut que es vol consolidar a Catalunya: un model centrat en les persones, fonamentat en l'evidència, amb perspectiva de gènere, orientat a la prevenció i capaç d'oferir una atenció accessible, continuada i de qualitat. En aquesta línia, la salut sexual i reproductiva, inclosa l'atenció a l'adolescència, forma part d'un marc de drets i de salut pública àmpliament reconegut per l'OMS.

Volem reconèixer la dedicació de totes les professionals que han contribuït a l'elaboració d'aquest document, així com el compromís quotidià de les llevadores que, des dels àmbits assistencials, docents, de recerca i de gestió, sostenen una part fonamental de la salut pública del nostre país. Confiem que aquest document esdevingui una eina útil per orientar la presa de decisions, impulsar polítiques de planificació professional i reforçar el paper estratègic de les llevadores dins del sistema de salut de Catalunya.

M. Lluïsa Garcia i Garrido
Degana
Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya

Introducció

El Fòrum de Diàleg Professional del Departament de Salut va ser constituït el 18 de setembre de 2018 amb els següents objectius:

Acordar les directrius per a la identificació de les necessitats de professionals de la salut d'acord amb els nous models assistencials i els rols de les professions.

Elaborar el mapa territorial de necessitats i perfils de professionals de la salut en l'àmbit del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT).

Fixar les línies de treball i els elements de canvi a diferents nivells o àmbits que permetin impulsar les polítiques de planificació i d'ordenació professional de manera orientada a les necessitats identificades.

Com a resultat del procés participatiu, el 5 de març de 2019 es van aprovar les conclusions del Fòrum de Diàleg Professional amb la identificació de 17 reptes de present i de futur. El repte 16 té com a objectiu "impulsar les polítiques de planificació i d'ordenació de la professió infermera". Aquest repte s'estructura en 14 línies de treball consensuades pel grup de treball, de les quals s'han prioritzat les següents:

16.2. Establiment de la dotació, el temps i l'espai per tal que es puguin desenvolupar les competències de "tenir cura" en el desplegament competencial de les infermeres en un marc de seguretat jurídica (ràtio / obligacions de pràctica versus recomanacions / opinió de la població).

16.4. Anàlisi i redefinició de l'organització funcional de les institucions que permeti augmentar el nombre de càrrecs de comandament a l'alta direcció, tant clínica com de gestió.

16.5. Desenvolupament de campanyes promocionals de la professió infermera per a una major visibilitat a tots els nivells, sense estereotips i amb l'èmfasi en els resultats en termes de salut.

16.9. Definició del mapa de serveis per al desplegament de les infermeres especialistes i de les infermeres generalistes i/o expertes i vincular els llocs de treball tenint en compte el document de convivència de les especialitats.

Aquest document es centra a donar resposta a la línia 16.9 i donar suport a la resta de línies del repte 16. Específicament, descriu l'estat de la situació de les especialitats d'infermeria que operen en els diferents àmbits d'atenció, i elabora un exercici de planificació en funció del paper que les especialistes, en aquest cas concret d' obstetrícia i ginecologia, les llevadores, hi poden exercir en el model d'atenció del Sistema de Salut de Catalunya.

D'on venim

Considerem oportú recuperar els principals antecedents històrics de la professió de llevadora, considerada un dels oficis femenins més antics, ja documentat en textos com la Bíblia. Després de segles de transmissió del coneixement mitjançant el sistema de mestra-aprenenta, a finals del segle XVIII les llevadores foren les primeres dones a Espanya que accediren a una formació superior, impartida als Reials Col·legis de Cirurgia. Un cop dissolts aquests centres, la formació es va traslladar a les universitats amb facultats de Medicina. D'aquesta manera, les llevadores foren les primeres dones que van poder matricular-se a la Universitat a Espanya.

Les llevadores també van ser pioneres en l'àmbit corporatiu, fundant els primers col·legis professionals exclusivament femenins a finals del segle XIX. La Reial ordre de 7 de maig de 1930 va concedir la col·legiació oficial i obligatòria a les llevadores.

Els canvis socials i el creixement de la classe mèdica va fer que la formació de les llevadores, a partir de començaments del segle XX, s'anés restringint a l'àmbit hospitalari. Un fet d'especial transcendència fou la inauguració de la Casa de Salut de Santa Cristina de Madrid i la seva Escola de Llevadores el 1924. Tanmateix, les alumnes d'aquesta escola continuaven havent de matricular-se i revalidar el títol a la Universitat Central.

El decret llei de 4 de desembre de 1953, al qual s'ha denominat d'unificació dels estudis de llevadora, infermera i practicant. Fou realment la unificació dels estudis d'infermeria i practicant en un nou títol anomenat Ajudant Tècnic Sanitari (ATS), ja que els estudis de llevadora quedarien com una especialitat de només un any de durada a la qual se la va anomenar '«Assistència Obstètrica». L'any 1957 s'aprovava el programa formatiu d'aquesta especialitat, en la qual només hi podien accedir les dones.

Els col·legis professionals de llevadores i practicants passarien a formar part del Consell d'Auxiliars Sanitaris com a seccions, al qual s'hi uní també la secció d'infermeres, que fins aquell moment no havia tingut col·legi professional.

Les escoles d'ATS anaren incorporant, dins de la seva oferta formativa, l'especialitat en Assistència Obstètrica. Amb l'arribada de la democràcia, els homes també van poder accedir a la professió, però no hi hagué cap altre canvi significatiu en la formació, tot i que la formació d'ATS desaparegué per convertir-se en una diplomatura universitària el 1977.

En aquest mateix any, l'Ordre ministerial de l'1 d'abril va establir una col·legiació única. La supressió d'aquesta independència col·legial, va tenir repercussions en l'àmbit internacional: les llevadores espanyoles foren expulsades de la International Confederation of Midwives (ICM).

L'última promoció de l'especialitat d'Assistència Obstètrica finalitzà els estudis el 1987. Espanya s'havia incorporat un any abans a la Comunitat Econòmica Europea, amb la consegüent obligació dels països membres d'adaptar les titulacions regulades per al lliure intercanvi de professionals. En el cas de les llevadores, s'exigien tres anys de titulació independent o dos anys de formació especialitzada. Tanmateix, el sistema formatiu vigent continuava essent l'obsolet pla de 1957. Per a l'elaboració del nou programa formatiu, el novembre de 1987 es constituí un grup de treball, format per llevadores procedents de diversos àmbits, seguint les directrius de la CEE i de la ICM. El grup de treball presentà el seu projecte davant el Ministeri d'Educació i Ciència el març de 1988.

Al darrer trimestre de 1988 es constitueix definitivament el Comitè Assessor d'Especialitats d'Infermeria i, mitjançant el Reial decret 992/1987, es regula l'obtenció del títol d'infermer especialista, es crea el Consejo Nacional de Especialidades i les Comisiones Nacionales de las Especialidades. Aquests òrgans tenen per objectiu elaborar, amb caràcter provisional, els programes formatius de cada especialitat i adoptar les mesures necessàries per a la seva implantació efectiva. El mes de març de

1989 es dóna per finalitzat el document que ha de regular la formació de les futures llevadores.

El 7 de novembre de 1991, el Tribunal de Justícia de les Comunitats Europees condemna els ministeris responsables per incompliment de la normativa europea relativa a l'accés a les activitats pròpies de la llevadora i a l'exercici d'aquestes funcions. Com a conseqüència de la manca de desplegament legal del decret sobre les especialitats d'infermeria i de la no-adequació dels estudis a la normativa europea, l'any 1987 es suspèn a Espanya la formació oficial de llevadores.

Segons la normativa comunitària, la formació de les llevadores havia de tenir una durada mínima de divuit mesos, mentre que a Espanya era, en aquell moment, de dotze mesos. El 2 de juliol de 1991, l'Estat espanyol presenta un Reial decret amb una proposta formativa que no s'ajusta als requeriments establerts per la Comunitat Europea. Com a conseqüència, el Tribunal de Justícia de Luxemburg emet una sentència condemnatòria contra el Ministerio de Sanidad espanyol, la primera d'aquest tipus contra el ministeri de sanitat d'un país membre.

Davant aquesta situació, el govern espanyol promulga l'Ordre d'1 de juny de 1992, per la qual s'aprova, amb caràcter provisional, el programa de formació is'estableixen els requisits mínims de les unitats docents i el sistema d'accés a l'obtenció del títol d'infermer especialista en Infermeria Obstètrico-Ginecològica (llevadora).

A partir de 1993, al principi amb caracter bianual i posteriorment anual, es tornen a convocar places de formació per cursar l'especialitat de llevadora. L'any 1994 inicia els seus estudis la primera promoció de llevadores formada sota aquest nou model, encara amb un programa formatiu provisional. No és fins a l'any 2009 que es publica l'Ordre SAS/1349/2009, de 6 de maig, mitjançant la qual s'aprova de manera definitiva el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria Obstètrico-Ginecològica (llevadora). L'absència de planificació i de continuïtat formativa entre 1987 i la

finalització de la primera promoció de llevadores formades pel sistema de residència, l'any 1995, genera un buit generacional que posa en risc el relleu professional.

Finalment, cal destacar que les llevadores són les úniques infermeres especialistes que no han pogut accedir a la seva especialització per la via excepcional, a diferència d'altres especialitats infermeres. D'acord amb les directrius de la normativa europea, són les úniques especialistes a les quals es requereix de manera imprescindible la titulació d'especialista per exercir com a tals i també les úniques que disposen de borses de treball específiques, fet que no es produeix en la resta d'especialitats d'infermeria.

Marc competencial i estratègic de la llevadora en l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva

Els canvis sociodemogràfics han repercutit significativament en el sistema de salut, en ocasions, redimensionant-lo. Cal poder oferir una atenció integral des de l'adolescència fins al climateri; en aspectes relacionats amb la prevenció, la promoció de la salut i l'atenció als processos de salut sexo afectiva i reproductiva -per a la població en general i especialment per als joves, les dones i les seves famílies, i per a la població en situació de vulnerabilitat-, sense discriminació i entenent la sexualitat des d'una perspectiva de gènere interseccional.

A Catalunya i Espanya, la professió de llevadora està reconeguda com una especialitat d'infermeria, regulada pel Reial Decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre ordenació de les especialitats d'infermeria, amb competències clarament definides a nivell estatal en el programa formatiu oficial aprovat per l'Orden SAS/1349/2009.

D'acord amb el marc de *Competencies Essential for Midwifery Practice* de la International Confederation of Midwives (ICM) (REF), les llevadores han d'assolir, en el moment d'iniciar l'exercici professional, un conjunt de competències mínimes globals estructurades en àrees clau de pràctica. Aquestes competències, alineades amb els

estàndards internacionals de qualitat assistencial i amb els principis de l'Organització Mundial de la Salut, defineixen el perfil professional necessari per garantir una atenció integral, segura i basada en l'evidència al llarg de tot el cicle vital de les persones.

En l'àmbit **competencial transversal**, la llevadora exerceix amb autonomia, responsabilitat professional, integrant la presa de decisions clíniques fonamentades en l'evidència científica i en principis ètics. Desenvolupa una comunicació efectiva amb dones, famílies i comunitat, i treballa de manera coordinada amb equips interdisciplinaris, contribuint a la continuitat assistencial entre nivells d'atenció. Així mateix, participa activament en la planificació, implementació i avaluació de programes de salut maternoinfantils i de salut afectiva, sexual i reproductiva, així com en la prescripció i l'ús racional de medicaments i productes sanitaris dins del seu marc competencial.

Pel que fa a la **salut afectiva, sexual i reproductiva**, l'Ordre SAS/1349/2009 atribueix a les llevadores un rol competencial central en la promoció, prevenció i educació sanitària, amb intervencions autònomes en contracepció, sexualitat, infeccions de transmissió sexual (ITS), cribatges primaris de patologies ginecològiques, reeducació funcional del sòl pelvià, atenció al climateri i acompanyament en la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) en el marc legal vigent. Igualment, assumeixen la detecció precoç i abordatge de vulnerabilitats socials, desigualtats i violències masclistes des d'una perspectiva de gènere i drets humans, integrant avaluació biopsicosocial i derivacions coordinades. Aquestes competències requereixen ràtios assistencials adequades al conjunt del cicle vital de la persona.

En relació amb l'**atenció maternoinfantil,** la llevadora proporciona una atenció i seguiment integral al binomi mare–nadó durant el període preconcepcional, l'embaràs, el part i el puerperi, garantint el seguiment clínic, la detecció precoç de riscos, el suport al part fisiològic i una experiència de naixement respectuosa. També assumeix la identificació i maneig de complicacions dins del seu àmbit d'actuació i la derivació oportuna a altres professionals quan la situació ho requereix. En el període

postnatal, realitza atenció i seguiment a les cures de la mare i del nounat fins als 28 dies de vida, promovent, assesorant i acompanyant la lactància materna, la criança saludable i la prevenció de problemes físics i de salut mental perinatal. Així mateix, la llevadora juga un paper fonamental en l'acompanyament i abordatge del dol perinatal, oferint suport emocional i assistencial a les famílies que afronten la pèrdua gestacional o neonatal.

Finalment, la pràctica professional de la llevadora es caracteritza també per una clara autonomia en l'**àmbit docent, investigador i de gestió**. La llevadora no només participa en la formació de grau i postgrau, sinó que pot organitzar, coordinar i liderar unitats multidisciplinars de llevadores, assumint responsabilitats en la planificació, desenvolupament i avaluació dels programes formatius. Així mateix, exerceix funcions de lideratge en l'àmbit de la gestió sanitària i en el disseny, implementació i avaluació de polítiques de salut pública relacionades amb la salut afectiva, sexual i reproductiva. Aquesta capacitat de lideratge s'estén també a la recerca, a partir de l'accés als programes de màster i doctorat. Així com la gestió i lideratge dels processos de millora contínua de la qualitat assistencial, situant la llevadora com una professional estratègica dins del sistema sanitari, amb un impacte directe en els indicadors de salut sexual, reproductiva i maternoinfantil, i evidencia la necessitat de garantir una adequada planificació i dotació de recursos professionals per assegurar una atenció equitativa, accessible i de qualitat a la població.

Desplegament de les competències de llevadora a Catalunya

El conjunt de línies estratègiques on treballen les llevadores estan orientades a garantir una atenció integral, equitativa i de qualitat en l'àmbit de la salut afectiva, sexual i reproductiva al llarg de tot el cicle vital, amb un enfocament basat en els drets, la perspectiva de gènere i la diversitat, les quals s'estableixen des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i regulada per la cartera de serveis. Aquesta es

descriu al Pla Estratègic d'Ordenació de Serveis de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (2007), el qual no ha estat modificat des de llavors.

Paral·lelament, durant aquests 19 anys el Departament de Salut ha anat incorporant línies al Pla d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva, que respon a les necessitats de la població al llarg de la vida, amb un enfocament centrat en la persona al llarg del cicle vital, la diversitat i la perspectiva de gènere, i amb participació ciutadana i professional en la seva implementació.

Dins les prioritats principals destaca la millora de l'accessibilitat a la interrupció voluntària de l'embaràs, la reproducció humana assistida i la contracepció, amb especial atenció als col·lectius més vulnerables. També es promou una atenció integral a les persones trans i el reforç de la salut mental perinatal mitjançant accions de prevenció, detecció precoç i suport. El Pla impulsa la millora de la qualitat de l'atenció i acompanyament al part, fomentant una experiència de naixement respectuosa, així com la prevenció, detecció i abordatge de la violència masclista des de l'àmbit sanitari. A més, es reforça la prevenció i l'atenció de les infeccions de transmissió sexual i del VIH.

Finalment, es planteja la revisió del model d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva, el desenvolupament d'intervencions de promoció de la salut adreçades a col·lectius prioritaris, i la millora de l'atenció a patologies específiques com l'endometriosi o la incontinència urinària, amb l'objectiu de garantir una resposta sanitària coherent, accessible i de qualitat. La llevadora constitueix una professional clau en el desenvolupament de tots i cadascun d'aquests programes de salut, tant en l'àmbit de l'atenció primària com en el de l'atenció hospitalària.

Quin és el àmbit d'actuació de l'exercici professional de la llevadora?

L'àmbit d'actuació de les llevadores comprèn tant l'Atenció Primària (centres de salut, comunitat, família, domicili) com l'Atenció Especialitzada (hospital i altres dispositius vinculats), en els sectors públic i privat i també en rol independent, proporcionant atenció i acompanyament a les persones en la salut afectiva, sexual i reproductiva al llarg de tot el cicle vital.

S'ha identificat l'increment de la població envellida i la multimorbiditat associada com un repte per als sistemes de salut, ja que requereixen una atenció integrada sanitària i social (Santoyo-Sánchez, G., & Reyes-Morales, H, 2024). L'envelliment progressiu de la població espanyola ha reduït un 6,8% la població de dones fèrtils als últims 10 anys, elevant l'edat mitjana de maternitat a 32,6 anys i la taxa de fecunditat a 1,2 fills per dona (IDESCAT, 2025). Aquesta tendència incrementa la complexitat assistencial i l'intervencionisme a totes les etapes del cicle vital (Santoyo-Sánchez & Reyes-Morales, 2024), però especialment en l'atenció intrapart, disparant les taxes de cesària del 15% recomanat per l'EAPN (2007) al 28,5% a Catalunya (Indicadors de Salut Perinatal, 2024) i 24,7% estatalment (INE, 2023), amb taxes del 35-40% en hospitals privats (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Generalitat de Catalunya, 2024). Per altra banda, la transició al climateri té un impacte addicional sobre els factors de risc cardiovascular més enllà de l'efecte de l'edat, fet que subratlla la importància d'identificar i abordar aquests factors en la pràctica clínica per optimitzar la salut en la senectut (Maas et al. 2021). Per tal de millorar i promoure el part normal, diversos països estan implantant la modalitat d'atenció *one-to-one* (una llevadora per dona), amb la finalitat d'assegurar un acompanyament continu i personalitzat per tal de fer un seguiment a les possibles complicacions. Aquesta modalitat d'atenció personalitzada presenta diversos beneficis, entre ells la disminució del número de cesàries, de la estimulació farmacològica, de l'ús d'anestèsia peridural, i en el número de parts distòcic i en les hemorràgies postpart (FAME, 2023) (Truicios et al., 2023).

Atenció primària i comunitària

En l'àmbit d'atenció primària i salut comunitària, les llevadores treballen en la promoció i prevenció de la salut afectiva, sexual i reproductiva, el seguiment de l'embaràs de manera autònoma en la baixa complexitat, o fent suport en l'embaràs d'alt risc, l'atenció al postpart (incloent visites de puerperi a domicili), l'acompanyament a la lactància, el consell contraceptiu, preconcepcional i la participació en programes de salut sexual i preventiva (World Health Organization, 2016, 2018). Aquestes activitats es duen a terme als Equips d'Atenció Primària (EAP) i a les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), integrades en la cartera de serveis d'atenció primària i alineades amb la Estratègia de *Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) *i el Protocol de seguiment embaràs a Catalunya (Departament de Salut, 2018).*

En aquest àmbit les llevadores lideren activitats clau de prevenció en l'etapa adulta: cribratge de càncer de coll uterí, prevenció del càncer de mama, i detecció i maneig d'ITS: Aquestes intervencions posicionen les llevadores com a eix central de la prevenció ginecològica en atenció primària, amb un enfocament integral que combina cribratge, educació i seguiment terapèutic. Concretament, destaca l'augment de *Chlamydia trachomatis* entre dones joves, amb risc de seqüeles de la fertilitat si no es tracta precoçment, confirmant a les llevadores com professional clau prevenció i seguiment (Del romero et al., 2023).

Atenció hospitalària i centres de naixement

A l'hospital, les llevadores exerceixen principalment a les sales de parts, on assisteixen i acompanyen parts i naixements, interrupcions de l'embaràs intra-hospitalàries, urgències obstètriques i ginecològiques, i col·laboren de manera multidisciplinar amb les unitats de reproducció assistida. Formen part de les unitats d'hospitalització maternoinfantil i, en coordinació amb neonatologia, participen en les cures del nounat, suport i acompanyament en la lactancia materna i en el seguiment del postpart immediat i precoç. També intervenen en l'aplicació de protocols d'atenció

al part normal, en la detecció i gestió de complicacions obstètriques de primer nivell i en la coordinació de trasllats.

A més, les llevadores exerceixen la seva activitat en centres de naixement liderats exclusivament per elles, destinats a embarassos fisiològics i parts normals, on ofereixen un model d'atenció continuada *one-to-one*, poc medicalitzada i en un entorn proper al domicili (Trucios et al., 2023). Els resultats suggereixen que, en dones de baix risc, les unitats liderades per llevadores es troben associades a una menor freqüència d'intervencions obstètriques i a un augment dels parts vaginals espontanis, sense incrementar les complicacions maternes o neonatals. Això planteja que l'expansió de models d'atenció centrats en llevadores podria contribuir a reduir la intervenció excessiva en parts normals en els sistemes de salut català i espanyol.

Tot i així, diversos autors assenyalen que les limitacions de plantilla i de finançament dificulten la garantia d'aquest model per a totes les dones (Bohren et al., 2017; Bjerga et al., 2019; Hodnett et al., 2013). Aquests estudis destaquen la importància del suport continu i individualitzat de la llevadora durant el part, atès que contribueixen a millorar l'experiència materna, reduir les intervencions obstètriques i afavorir la humanització del naixement.

Per altra banda, tot i que no hi ha un desplegament homogeni d'aquests centres a tot l'Estat espanyol, existeixen estàndards i recomanacions nacionals i europees que reconeixen l'autonomia professional de la llevadora en aquest àmbit, en coherència amb les iniciatives d'humanització del part, com l'Estrategia de Atención al Parto Normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) i el Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya (Departament de Salut, 2020).

Exercici lliure i part a casa

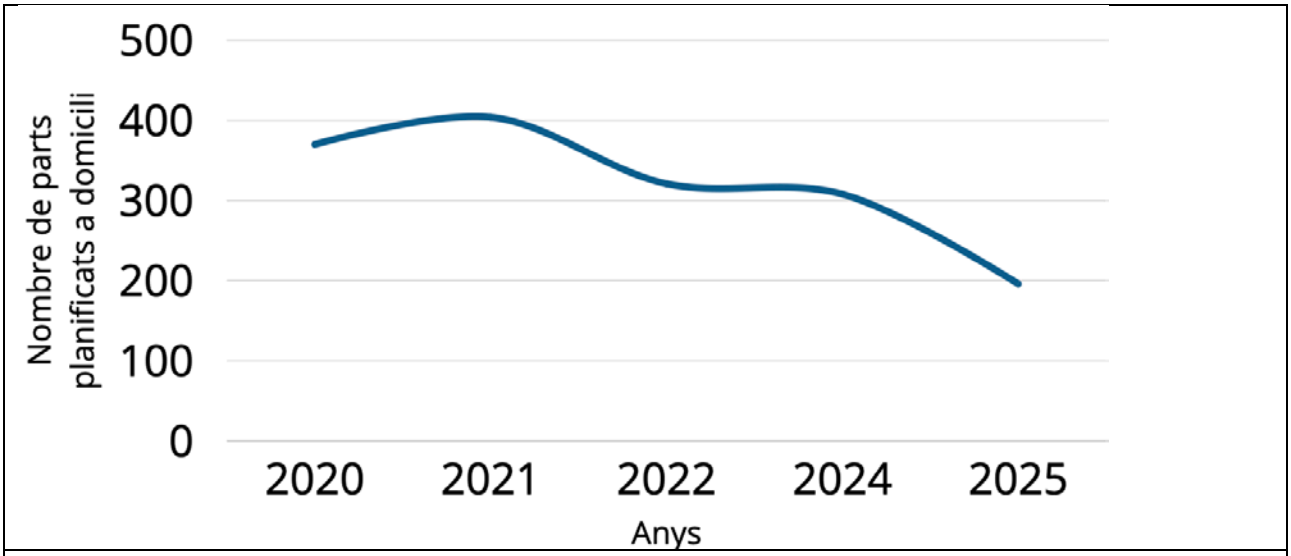
En l'exercici lliure de la professió, les llevadores lideren els parts domiciliaris planificats en gestacions de baix risc i ofereixen altres serveis relacionats amb les seves competències en consultes, centres i clíniques privades.

Segons estudis recents indiquen que el part planificat a casa en embarassos de baix risc atès per llevadores presenta bons resultats materns i neonatals, baixes taxes de trasllat al hospital i altes taxes de lactància prolongada (Galera-Barbero & Aguilera-Manrique, 2021). A més, el part planificat a casa mostra un alt grau de seguretat quan es realitza amb criteris d'elegibilitat i professionals qualificades (Alcaraz-Vidal et al., 2021).

L'assistència del part domiciliari planificat, no està incorporada a la cartera bàsica de serveis, i la seva organització depèn de guies clíniques i documents de consens elaborats per societats científiques i associacions de llevadores, com les guies específiques d'assistència al part a casa (Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya & Associació Catalana de Llevadores, 2018). La normativa general sobre drets de les pacients, documentació clínica i responsabilitat professional s'aplica igualment als parts a domicili, i les llevadores en exercici lliure poden oferir aquests serveis a les dones i famílies que ho sol·liciten (Real Decreto 99/2011).

Segons les dades recollides per l'Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya (ALPACC) mostren una evolució amb fluctuacions significatives durant el darrer quinquenni. Després d'un volum de 370 parts l'any 2020, la xifra va assolir el seu màxim l'any 2021 amb un total de 404 intervencions, possiblement condicionada pel context de la pandèmia. No obstant això, a partir d'aquest pic s'observa una tendència descendent consolidada: l'any 2022 es van registrar 321 parts, seguits de 308 l'any 2023, fins a arribar als 196 parts comptabilitzats l'any 2024 (Figura 1).

Figura 1: Freqüència de parts planificats a domicili a Catalunya



Font: ALPACC

La tendència a la baixa observada no es deu únicament al fet que les gestants i les seves famílies no desitgin aquest tipus de part, sinó a la reducció significativa del nombre de llevadores que ofereixen aquesta modalitat d'assistència. Concretament, els anys 2016 i 2018 hi havia aproximadament seixanta professionals dedicades a l'atenció dels parts planificats a domicili, mentre que actualment només n'hi ha vint-i-una. S'estima que, per donar resposta adequada a la demanda existent, caldrien com a mínim quaranta llevadores més per a aquest tipus d'atenció a tot Catalunya.

A tall d'exemple, a la província de Lleida només hi ha una llevadora que ofereix aquest tipus d'atenció. Aquesta distribució territorialment desigual de professionals genera situacions d'iniquitat i afavoreix el fenomen de possible "turisme obstètric". En aquests casos, algunes gestants residents a Lleida que desitgen un part planificat a casa es traslladen temporalment a altres províncies per poder accedir a aquesta assistència.

Segons les estimacions basades en la demanda actual, aproximadament unes dues-centes dones i famílies es veuen privades d'aquest tipus d'atenció, ja que l'oferta professional disponible no pot cobrir el volum de sol·licituds existent.

La manca de llevadores al mercat laboral torna a ser una gran dificultat, ja que no es formen suficients professionals perquè es produeixi el relleu generacional i es compleixi amb les ràtios aconsellades pels països de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmics (OCDE).

Altres àmbits professionals, docència i recerca

Les llevadores també exerceixen de docents en àmbit universitari i de formació especialitzada de residents a les unitats docents. En l'àmbit acadèmic, en els darrers anys ha augmentat el nombre de llevadores que lideren projectes de recerca i accedeixen al doctorat, fet facilitat pel Reial decret 99/2011, de 28 de gener, que regula les ensenyances oficials de doctorat i permet l'accés als programes de doctorat per a professionals amb el títol de llevadora. Aquest fet ha facilitat que les llevadores puguin exercir d'investigadores principals a diferents projectes de recerca, implementant estudis i liderant grups de recerca.

En l'àmbit de la gestió i lideratge, les llevadores participen en programes de salut pública, elaborant protocols de prevenció i cribratges poblacionals, desenvolupant polítiques sanitàries, tant dins dels serveis assistencials com en institucions de docència i recerca i innovació.

On som? Situació actual

D'acord amb el model *State of the World's Midwifery* (United Nations Population Fund et al., 2021), elaborat conjuntament per l'OMS, el Fons de Població de les Nacions Unides i la Confederació Internacional de Llevadores (ICM), van establir que la ràtio mínima per garantir una cobertura dels serveis essencials de salut afectiva, sexual, reproductiva, materna i neonatal és d'una llevadora per cada 175 dones de part. No obstant això, les dades actuals revelen que la dotació de professionals a l'OCDE es situa al voltant de 25 llevadores per cada 1.000 naixement, i a l'Estat espanyol se situa significativament per sota d'aquest objectiu. En aquest sentit, el Consejo General de Enfermería (2024) assenyala una mitjana estatal de 75,1 llevadores per cada 100.000 dones en edat fèrtil (15-49 anys), baixant a 12,4 llevadores per cada 1.000 naixements en l'àmbit d'atenció al part específicament, la qual és una xifra que a Catalunya es redueix fins a les 59,49, situant-la com la tercera comunitat amb la densitat de professionals més baixa de tot l'estat (Figura 2).

Figura 2: Raó nacional de llevadores per comunitat autònoma



Font: Consejo Nacional de Enfermería (2024).

En paral·lel a aquesta mancança quantitativa, cal considerar que l'actual definició de la població de referència resulta metodològicament limitada. Atès que l'atenció afectiva, sexual i reproductiva transcendeix l'etapa reproductiva i s'estén a tot el cicle vital, independentment del sexe biològic o el gènere, l'ús exclusiu del segment de dones en edat fèrtil subestima les necessitats reals de cobertura. Per aquest motiu, es proposa ampliar el càlcul de la ràtio incloent tota la població a partir dels 10 anys. Aquest plantejament es fonamenta en la concepció de la salut sexual de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2026) com un estat de benestar integral que s'ha de garantir des de l'adolescència fins a la vellesa, reconeixent la salut sexual com una dimensió essencial de l'existència humana no supeditada exclusivament a la fecunditat.

Aquesta perspectiva longitudinal s'alinea plenament amb el marc normatiu vigent, com ara l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (ENSSR) i la Llei Orgànica 1/2023. Ambdues disposicions estableixen que l'atenció ha de ser integral i garantida en totes les etapes vitals, situant la llevadora com a figura estratègica en l'atenció primària, l'educació sexual i la prevenció d'infeccions de transmissió sexual. Així mateix, l'actualització de les *Essential Competencies for Midwifery Practice* de l'ICM (2024) i l'informe *SoWMy 2021* refermen que un model liderat per llevadores pot cobrir fins al 90% de les intervencions essencials al llarg de la vida, la qual cosa justifica la necessitat de redefinir el seu àmbit d'actuació més enllà de l'obstetrícia convencional.

D'altra banda, un altre factor determinant en el càlcul de les necessitats professionals és la consideració del nounat com a pacient amb entitat pròpia. Segons l'Ordre SAS/1349/2009, la llevadora assumeix la responsabilitat clínica del nounat fins als 28 dies de vida, incloent-hi l'avaluació clínica, el cribratge metabòlic i el seguiment del creixement, així com, de manera central, el lideratge en la instauració i el manteniment de la lactància materna. En conseqüència, i en coherència amb les recomanacions de l'OMS sobre el manteniment de l'alletament, el càlcul de proporcions assistencials ha de computar el binomi mare-nadó com a dues unitats

d'atenció diferenciades. Aquest ajust és imprescindible per garantir que, tant en l'entorn hospitalari com en l'atenció primària, es disposi del temps clínic necessari per a una cura maternoinfantil de qualitat.

En conclusió, davant la crida de la comunitat internacional per augmentar la inversió en el col·lectiu de llevadores (United Nations Population Fund et al., 2021), aquest informe proposa una revisió exhaustiva de la situació a Catalunya. Mitjançant la identificació de les necessitats actuals basada en un enfocament de cicle vital i l'anàlisi dels censos dels col·legis professionals, es pretén elaborar un mapa actualitzat que serveixi com a eina de planificació estratègica. L'objectiu final és adequar la dotació de professionals a les competències reals de la disciplina i als requeriments de salut de la ciutadania, superant els estàndards que han quedat obsolets davant les demandes de la societat actual.

Indicadors sobre l'estat de les llevadores a Catalunya

Per avaluar la dotació adequada de llevadores, la literatura especialitzada i els organismes internacionals han definit tres indicadors principals que permeten mesurar la cobertura des de perspectives complementàries: la ràtio d'activitat obstètrica, la ràtio de caseload i la ràtio poblacional. L'aplicació d'aquests tres indicadors a les dades catalanes permet obtenir un diagnòstic complet de la situació actual i identificar les àrees de millora prioritàries.

Bases i fonts de dades pel càlcul dels ràtios

- **Nombre de llevadores**: Segons les dades facilitades pels cens de col·legis d'Infermeria de Catalunya fins al maig del 2025, el nombre de llevadores a nivell del territori català és de un total de 952. Aquestes dades provenen del document adjunt de previsió de jubilacions facilitat per l'organisme col·legial, que inclou la distribució per edat i per demarcació provincial.
- **Parts anuals:** 53.793 nascuts vius registrats a Catalunya l'any 2024 a l'Idescant.

- **Gestants estimades:** 61.862 gestants/any, calculades aplicant un factor multiplicador de 1,15 sobre els parts (53.793 × 1,15), per incorporar les pèrdues fetals tardanes, els avortaments atesos i altres atencions obstètriques que no culminen en naixement viu.
- **Dones en edat fèrtil (10–59 anys):** S'ha apostat per definir la població diana de les llevadores com les dones de 10 a 59 anys residents a Catalunya, excloent els homes i les dones de 60 anys i més. Aquesta delimitació reflecteix el nucli de la demanda específica de llevadoria, centrada en les etapes de pubertat, edat reproductiva i perimenopausa (Taula 1).

Segons les dades del Cens de Població de l'IDESCAT a 1 de gener de 2025, la població diana resultant és de 2.625.889 dones, que representa el 32,3% de la població total de Catalunya (8.124.126 habitants) i el 63,8% del total de dones censades. El grup d'edat més nombrós és el de 45 a 49 anys (336.126 dones), seguit del de 50 a 54 anys (318.745 dones), cosa que reflecteix el pes de les cohorts del baby boom.

Si es volgués fer un càlcul realista per a l'atenció de tota la població, tant homes com dones des dels 10 anys durant tot el cicle vital de la persona fins a la senectud, inclouria una població diana resultant de 6.532.899 persones, que representa el 80,4% de la població total de Catalunya.

Taula 1: Càlcul de la població diana atesa per llevadores

Grup d'edat	Total Homes	Total Dones	Total grup	N diana	% s/total diana
0-4 anys	149,407	142,027	291,434	No inclòs	
5-9 anys	187,267	177,701	364,968	No inclòs	
10-14 anys	218,824	204,633	423,457	**204,633**	**7.8%**
15-19 anys	240,923	220,818	461,741	**220,818**	**8.4%**
20-24 anys	244,435	222,785	467,220	**222,785**	**8.5%**
25-29 anys	249,793	233,321	483,114	**233,321**	**8.9%**
30-34 anys	262,138	249,767	511,905	**249,767**	**9.5%**
35-39 anys	264,557	259,855	524,412	**259,855**	**9.9%**
40-44 anys	295,477	292,302	587,779	**292,302**	**11.1%**

45-49 anys	346,727	336,126	682,853	**336,126**	**12.8%**
50-54 anys	327,051	318,745	645,796	**318,745**	**12.1%**
55-59 anys	285,410	287,537	572,947	**287,537**	**11.0%**
60-64 anys	244,103	260,410	504,513	No inclòs	
65-69 anys	204,367	231,533	435,900	No inclòs	
70-74 anys	165,774	197,989	363,763	No inclòs	
75-79 anys	141,644	181,782	323,426	No inclòs	
80-84 anys	96,797	136,590	233,387	No inclòs	
85-89 anys	51,205	87,634	138,839	No inclòs	
90-94 anys	25,283	56,708	81,991	No inclòs	
95-99 anys	5,202	16,612	21,814	No inclòs	
100+ anys	450	2,417	2,867	No inclòs	
TOTAL POBLACIÓ DIANA (dones 10–59)	**4,006,834**	**4,117,292**	**8,124,126**	**2,625,889**	**100.0%**

Font: IDESCAT, 1 gener 2025. Criteri: dones de 10 a 59 anys. S'exclouen les dones de 60+ i tots els homes. Font: Estimacions de població IDESCAT, Cens 2025.

Ràtio per activitat obstètrica: 1 llevadora per cada 175 parts

La ràtio de llevadora per nombre de parts anuals ha estat utilitzada com a indicador operatiu per estimar les necessitats mínimes de personal en serveis d'obstetrícia. En diversos sistemes sanitaris , s'ha adoptat com a referència aproximada una proporció d'1 llevadora per cada 175 parts anuals (International Confederation of Midwives [ICM], 2021), especialment en models hospitalaris mixtos en què les llevadores participen principalment en l'atenció intrapart i el postpart immediat. Aquesta aproximació ha permès, històricament, establir una estimació mínima de la capacitat operativa necessària en funció del volum d'activitat obstètrica i ha estat considerada un estàndard orientatiu per garantir una atenció mínima durant el part.

Aquesta ràtio és una mesura obsoleta, atès que es basa en supòsits que ja no reflecteixen la realitat assistencial contemporània (Baggaley et al., 2024). Concretament, parteix d'un model de treball i d'un context de natalitat caracteritzats per una càrrega assistencial relativament homogènia, un menor grau de medicalització

dels parts i una productivitat “mitjana” de la llevadora que no té en compte la complexitat creixent de l’atenció obstètrica. Aquest enfocament simplificat continua sent més freqüent en contextos amb recursos limitats, però resulta insuficient en sistemes sanitaris avançats (Boyce et al., 2026).

En l’actualitat, la planificació de recursos humans en obstetrícia requereix criteris més precisos i sensibles a la variabilitat de l’activitat assistencial i de la cartera de serveis del Departament de Salut. L’atenció obstètrica engloba una àmplia gamma de situacions clíniques —com ara el part eutòcic, les induccions, les cesàries, el monitoratge fetal, les urgències obstètriques, el postpart, el suport a la lactància i la gestió de complicacions— que impliquen càrregues de treball i nivells d’intensitat assistencial molt diferents. En aquest sentit, una única ràtio anual no és capaç de captar aquesta complexitat ni de reflectir adequadament les necessitats reals de personal (Stones & Nair, 2023).

A més, les recomanacions més recents en l’àmbit internacional tendeixen a prioritzar models basats en l’atenció contínua i individualitzada per sobre de mètriques agregades com el nombre de parts per llevadora i any. Aquest canvi de paradigma respon a la necessitat de garantir estàndards més elevats de qualitat i seguretat assistencial, així com una millor experiència per a les dones ateses. En conseqüència, la ràtio d’1 llevadora per cada 175 parts anuals resulta actualment limitada, és massa simplista com a instrument de planificació, ja que no incorpora adequadament la intensitat real de l’assistència ni les exigències dels models assistencials actuals.

Actualment a Catalunya tenim un total de 53.793 parts (Generalitat de Catalunya, 2025), el que equivaldria a una ràtio de 56,5 parts per llevadora, és considerablement inferior al límit màxim recomanat de 175, la qual cosa implica que, en termes d'activitat obstètrica pura, Catalunya disposa d'un nombre suficient de llevadores per cobrir la demanda de parts. En termes absoluts, les llevadores necessàries per assolir el llindar de 175 parts serien aproximadament 307 professionals (53.793/175 = 307,4), és a dir, 645 menys que les 952 actuals.

Malgrat aquest resultat aparentment positiu, cal tenir present que aquesta ràtio mesura únicament i mínimament l'atenció al part i no incorpora la resta de la càrrega assistencial i competencial de la llevadora (embaràs, puerperi, atenció a la salut afectiva, sexual, reproductiva i activitat preventiva). La interpretació aïllada d'aquesta ràtio pot induir a una percepció errònia de suficiència de la dotació (Homer et al., 2014).

Ràtio poblacional: 10 llevadores per cada 10.000 dones en edat reproductiva

Un segon indicador és la disponibilitat de llevadores en relació amb la població femenina en edat reproductiva (10-59 anys). Aquest indicador permet comparar sistemes sanitaris en termes d'equitat i accessibilitat, i la OMS recomana tenir una ratió poblacional de 10 llevadores per cada 10.000 dones en edat reproductiva, tot i que alguns sistemes de salut europeus superen aquest llindar (Lancet Midwifery Series, 2014), i la densitat de llevadores varia àmpliament entre països. Per exemple, en la Regió Europea de la OMS s'observen diferències importants en el nombre de professionals per població, amb països del nord d'Europa generalment amb densitats superiors als del sud (Organització Mundial de la Salut, European Health Information Gateway).

A Espanya actualment tenim una ràtio de 3 llevadores per cada 10.000 dones en edat reproductiva, i a Catalunya 4,11 llevadores cada 10.000 dones en edat reproductiva (ICM, 2026). Aquest resultat suposa una cobertura del 41,1% de la recomanació internacional. Per assolir el llindar de 10/10.000, Catalunya necessitaria 2.315 llevadores (2.315.000/10.000 × 10 = 2.315), és a dir, 1.363 més de les actuals. La comparativa europea situa Espanya en una posició molt desfavorable: el Regne Unit assoleix 6,4/10.000, els Països Baixos 12/10.000 i Austràlia 13/10.000 (Nove et al., 2021).

Aquest indicador és útil per a planificació estructural, però no reflecteix la intensitat del model assistencial ni la complexitat de la cartera de serveis de les llevadores. Es recomana calcular-ho sobre la població de 10.000 dones en edat fèrtil a que reflecteix les necessitats de cobertura, i essent més exhaustiva aquesta fórmula

que calcular-ho per població total de 100.000 persones a nivell territorial que ens permet la comparació entre sistemes sanitaris.

Model de continuïtat de cures (*caseload midwifery*): 35-40 dones gestants per llevadora/any

El tercer i més rellevant indicador des del punt de vista de qualitat assistencial és el model de continuïtat de cures liderat per llevadores. En aquest model, una llevadora o un petit equip proporciona atenció integral durant el seguiment i assistència a l' embaràs, part i postpart. La literatura defineix habitualment una càrrega de treball de 35–45 dones per llevadora i any en models de continuïtat (caseload midwifery), considerat un rang òptim per garantir seguiment personalitzat i continuïtat assistencial (Sandall et al., 2024; Tracy et al., 2013). El National Institute for Health and Care Excellence també utilitza aquest rang en l'avaluació de models de dotació segura de personal, descrivint caseloads de 35–40 dones per llevadora en models de continuïtat assistencial (NICE, 2015).

Actualment a Catalunya aproximadament tenim un caseload de 65,0 gestants/llevadora/any representa el 162,5% del màxim recomanat (40 gestants), és a dir, cada llevadora atén una càrrega assistencial un 62,5% superior a la que l'evidència científica considera segura i sostenible. Per assolir el caseload màxim recomanat (40 gestants/any), Catalunya necessitaria 1.547 llevadores (61.862 ÷ 40 = 1.546,6), és a dir, 595 més de les actuals. Si s'apliqués el llindar mínim (35 gestants/any), la necessitat augmentaria fins a 1.768 llevadores (dèficit de 816). Cal tenir en compte que el model assitencial actual a la majoria de demarcacions de Catalunya no permet una equiparació real per poder fer la comparativa, ja que el model que tenim és molt hospital cèntric.

A nivell internacional, l'Organització Mundial de la Salut recomana la implementació de models de continuïtat de llevadora com a estratègia per millorar els resultats materns i neonatals, tot i que no estableix una ràtio numèrica fixa, sinó que es basa en l'evidència dels models existents (WHO, 2016; WHO, 2024). Aquest conjunt

d'evidència sustenta l'ús del rang 35–40 dones per llevadora i any com a referència operativa en la planificació de recursos.

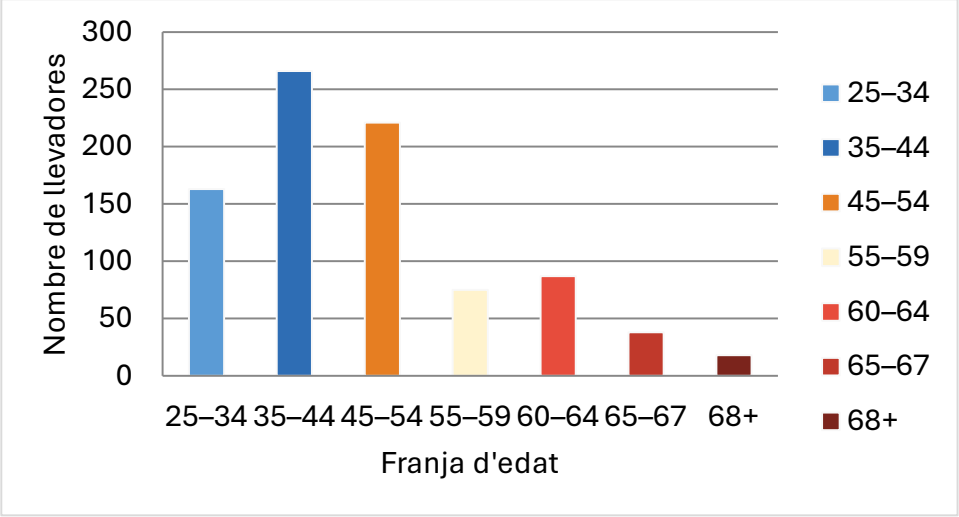
Els països del nord d'Europa tendeixen a disposar de més llevadores per càpita i a implementar models més avançats de continuïtat assistencial, mentre que els països del sud d'Europa, inclosa Espanya, presenten tradicionalment densitats inferiors i models més hospital cèntrics. Les dades del sistema europeu mostren variabilitat important en la densitat de llevadores per població, reflectint diferències en organització del sistema sanitari, autonomia professional i integració de l'atenció primària i comunitària (ICM, 2026).

Anàlisi de la previsió de jubilacions i comparativa de la distribució de les edats de les llevadores per demarcacions

Distribució de les edats de les llevadores per comarques

La mitjana d'edat de les llevadores censades és de 45,7 anys. Per trams d'edat, el rang d'edat que agrupa més professionals és el de 40 a 50 anys (n=301), seguit pel rang de 30 a 40 anys (n=258) (Figura 4). Cal tenir en compte que del total de llevadores (N=952), hi ha 21 llevadores (2.2%) que tenen més de 68 i per tant estan en edat de jubilació actualment, encara que es mantenen en actiu.

Figura 4: Distribució d'edats de les llevadores a Catalunya agrupades per franges

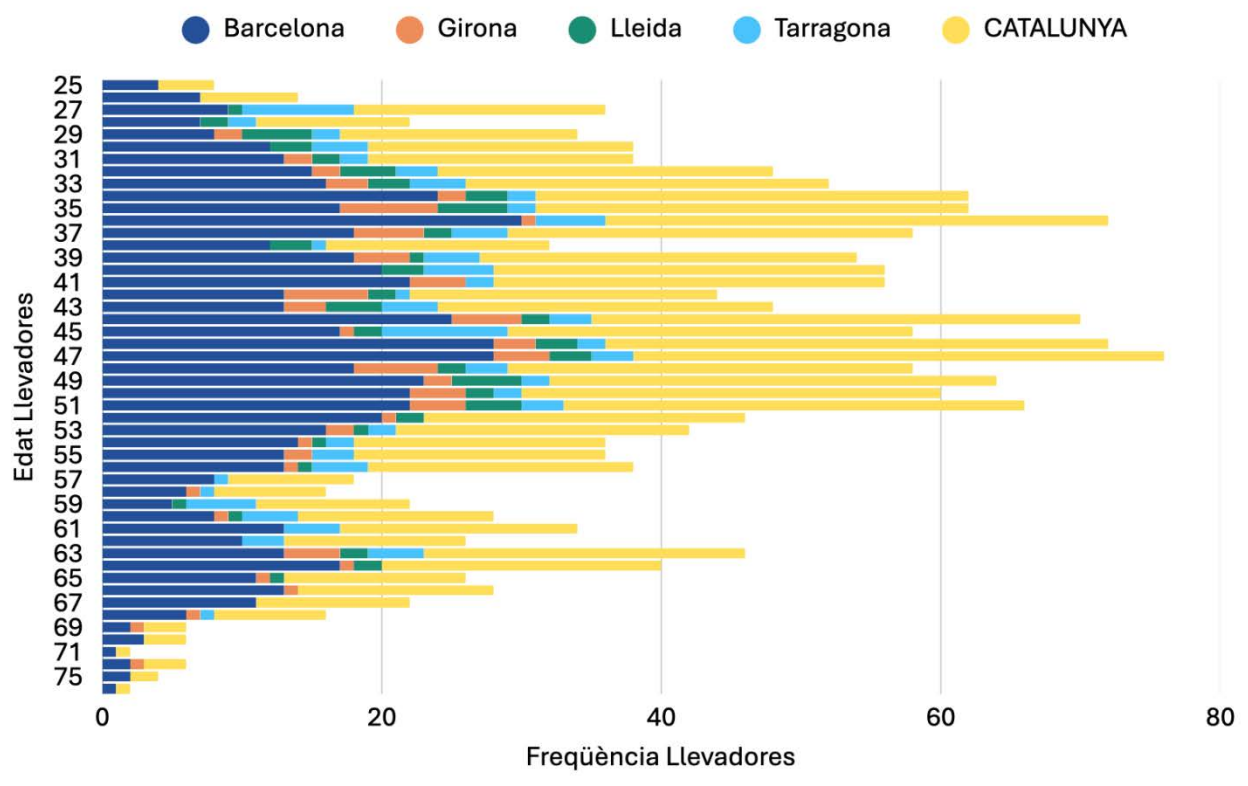


Font base col·legial. Franja de risc immediat (60–67 anys): 131 llevadores (13,8% del total). Jubilaran entre 2026 i 2033.

L'anàlisi de la distribució d'edats de les llevadores a les diferents demarcacions territorials de Catalunya posa de manifest diferències significatives en l'estructura demogràfica del col·lectiu, tot i compartir alguns trets comuns que permeten una lectura global de la situació actual i dels reptes futurs del sector.

La distribució per edats de les llevadores registrades a Catalunya mostra un perfil professional madur, amb una concentració important de professionals en la franja de 40 a 55 anys (Figura 5). Aquesta és la cohort que generarà la major pressió de jubilacions en els propers 10 a 20 anys, molt més intensa que la del decenni immediat 2026–2035.

Figura 5: Distribució i freqüència d'edats de les llevadores de Catalunya



Font pròpia

El gràfic de línies (Figura 5) per província posa de manifest que la demarcació de Barcelona presenta les freqüències absolutes més elevades en totes les franges d'edat, cosa lògica donada la seva dimensió, la qual concentra la major part del col·lectiu de llevadores de Catalunya. La distribució tendeix a ser relativament equilibrada però amb un lleu predomini de professionals de mitjana edat (30-50 anys). L'edat mitjana se situa en els 45,3 anys (mediana: 45 anys), amb un rang que va dels 25 als 77 anys. La distribució presenta una corba àmplia i relativament uniforme entre els 40 i els 55 anys, amb valors destacats als 44–46 anys. Tot i comptar amb més incorporacions de llevadores novelles que altres demarcacions, també es preveu que un percentatge important de la plantilla actual arribi a l'edat de jubilació en els propers 15-25 anys. Aquesta realitat subratlla la necessitat de planificar el relleu generacional i assegurar la formació contínua per mantenir la qualitat assistencial en l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva arreu del territori català.

Previsió de les jubilacions per província (2026-2040)

L'anàlisi de la previsió de jubilacions s'ha elaborat a partir del registre de 952 llevadores actives a Catalunya, distribuïdes entre les quatre demarcacions territorials: Barcelona (n=669), Tarragona (n=116), Girona (n=89) i Lleida (n=78). L'anàlisi de la previsió de jubilacions s'ha elaborat considerant l'edat ordinària de jubilació als 67 anys, segons la Llei 27/2011, d'1 d'agost, sobre actualització, adequació i modernització del sistema de Seguretat Social. Les projeccions cobreixen el període 2026–2040, un horitzó de quinze anys que permet identificar els cicles de major pressió sobre les plantilles i planificar amb antelació suficient les necessitats de reposició (Taula 2).

Al llarg del període analitzat, s'estima que un total de 229 llevadores es jubilaran a Catalunya, la qual cosa representa el 23,3% del total del registre actual. Tanmateix, a dia d'avui ja disposem de 21 llevadores amb edat de jubilació, però que segueixen en actiu tot i tenir edats entre els 67 i 71 anys, les quals no s'han inclós en el càlcul. Aquesta xifra posa de manifest que gairebé una de cada quatre professionals actives

sortirà del sistema en els propers quinze anys, una pressió sostinguda que requereix una resposta planificada en matèria de formació i incorporació de noves especialistes.

En termes anuals, la distribució de les jubilacions no és uniforme: s'observen anys de baixa pressió, com el 2034 i el 2035, amb 8 i 9 jubilacions respectivament (0,8% i 0,9% del registre), i anys de pressió elevada en els quals les jubilacions superen les 20 baixes en un sol any. Els dos anys amb major nombre de jubilacions previstes són el 2029 i el 2040, amb 23 jubilacions cadascun (2,4% del registre). Altres anys notables per la seva càrrega de jubilacions elevada són el 2028 (20 baixes, 2,1%) i el 2036, 2037 i 2038 (19, 18 i 18 baixes respectivament), tots ells superiors a la mitjana anual del període, que se situa en 14,8 jubilacions per any.

Pel que fa a l'anàlisi per demarcacions, Barcelona és la demarcació que concentra, amb diferència, la major càrrega de jubilacions previstes. Amb 669 llevadores registrades, el 70,3% del total de Catalunya, Barcelona acumula un total de 163 jubilacions en el període 2026–2040, representant el 73,4% del total de jubilacions de Catalunya. Aquesta concentració és estructural i directament proporcional al seu pes en el registre. Les jubilacions barcelonines es distribueixen de manera relativament constant al llarg dels quinze anys, si bé destaquen pics concrets als anys 2028 (17 jubilacions), 2040 (20 jubilacions), 2039 (16 jubilacions) i 2029 i 2031 (13 cadascun). El fet que l'any 2040 sigui el de major pressió per a aquesta demarcació, quan la cohort nascuda al voltant de 1973, una de les més nombroses, arriba a l'edat de jubilació, anticipa una onada de baixes que caldrà planificar des d'ara.

Tarragona, amb 116 llevadores registrades, preveu un total de 36 jubilacions en el període (3,8% del registre total de Catalunya). El patró de jubilació de Tarragona és marcadament diferent al de les altres demarcacions: la pressió es concentra de manera intensa en el tram central del període, entre el 2029 i el 2036, on s'acumulen 30 de les 36 jubilacions totals previstes. El 2033 és l'any de major pressió per a Tarragona, amb 5 jubilacions en un sol any, seguit del 2029, 2031, 2032 i 2036, amb 4 cadascun. En canvi, entre el 2026 i el 2028 no hi ha cap jubilació prevista a la demarcació, la qual cosa suposa un cert marge de preparació en el curt termini.

Taula 2: Previsió i distribució de jubilacions de llevadores a Catalunya (2026-2040)

ANY	BARCELONA		GIRONA		LLEIDA		TARRAGONA		CATALUNYA (TOTAL)	
	N	% s/total	N	% s/total	N	% s/total	N	% s/total	N	% s/total
2026	11	1.2%	—	—	—	—	—	—	11	1.2%
2027	13	1.4%	1	0.1%	—	—	—	—	14	1.5%
2028	11	1.2%	1	0.1%	1	0.1%	—	—	13	1.4%
2029	17	1.8%	1	0.1%	2	0.2%	—	—	20	2.1%
2030	13	1.4%	4	0.4%	2	0.2%	4	0.4%	23	2.4%
2031	10	1.1%	—	—	—	—	3	0.3%	13	1.4%
2032	13	1.4%	—	—	—	—	4	0.4%	17	1.8%
2033	8	0.8%	1	0.1%	1	0.1%	4	0.4%	14	1.5%
2034	5	0.5%	—	—	1	0.1%	5	0.5%	11	1.2%
2035	6	0.6%	1	0.1%	—	—	1	0.1%	8	0.8%
2036	8	0.8%	—	—	—	—	1	0.1%	9	0.9%
2037	13	1.4%	1	0.1%	1	0.1%	4	0.4%	19	2.0%
2038	13	1.4%	2	0.2%	—	—	3	0.3%	18	1.9%
2039	14	1.5%	1	0.1%	1	0.1%	2	0.2%	18	1.9%
2040	16	1.7%	2	0.2%	1	0.1%	2	0.2%	21	2.2%
TOTAL 2026–2040	**171**	**18.0%**	**15**	**1.6%**	**10**	**1.1%**	**33**	**3.5%**	**229**	**24.1%**

NOTA: % s/total calculat sobre 952 llevadores registrades. Edat jubilació 67 anys.

Girona, amb 89 llevadores registrades, presenta la distribució de jubilacions més dispersa i irregular del registre. Al llarg del període 2026–2040, s'hi preveuen 16 jubilacions (1,7% del registre total de Catalunya). L'any de major pressió és el 2029, amb 4 jubilacions, moment en el qual coincideix la sortida d'una cohort relativament nombrosa. En la majoria dels anys del període, Girona registra entre 0 i 2 jubilacions, i fins a 8 dels 15 anys analitzats no s'hi preveu cap baixa per jubilació. Aquesta irregularitat reflecteix una estructura d'edats de les professionals de Girona amb menys concentració en les cohorts properes a la jubilació, cosa que si bé redueix la pressió a curt termini, no elimina la necessitat de garantir el relleu generacional a mig termini.

Lleida, amb 78 llevadores registrades, és la demarcació amb menor volum de jubilacions previstes en termes absoluts: tan sols 7 jubilacions en tot el període 2026–2040 (0,7% del registre total de Catalunya). Les jubilacions s'escampen de forma molt dispersa, sense cap any que superi les 2 baixes, i en 9 dels 15 anys del període no s'hi preveu cap jubilació. El seu any de pic és el 2028, amb 2 jubilacions. Malgrat el volum baix, la situació de Lleida exigeix atenció específica, atès que el seu registre és el menys nombrós de les quatre demarcacions i qualsevol baixa representa un percentatge significatiu de la seva plantilla local.

Infracobertura territorial de caràcter estructural

Les demarcacions de Girona, Lleida i Tarragona presenten un volum absolut de jubilacions relativament reduït; no obstant això, l'impacte potencial d'aquestes sortides és considerablement elevat en termes relatius, atesa la limitada dotació inicial de professionals en aquests territoris. Així, per exemple, les 12 jubilacions previstes a la demarcació de Lleida en un horitzó de quinze anys representen el 15,4% del total de les 78 llevadores registrades, mentre que a la demarcació de Barcelona la previsió és de 180 jubilacions, equivalents al 26,9% de les 669 professionals censades en el mateix període. Aquesta comparació posa de manifest que, malgrat que el pes relatiu de les jubilacions és superior a Barcelona, la menor

escala dels territoris perifèrics fa que cada baixa tingui un efecte proporcionalment més intens sobre la capacitat de cobertura assistencial local. En aquest sentit, la pèrdua d'un nombre reduït de professionals pot generar disfuncions significatives en l'accessibilitat als serveis, evidenciant l'existència d'una vulnerabilitat territorial estructural que requereix estratègies específiques de planificació i redistribució de recursos humans.

Distribució temporal no homogènia de les jubilacions.

L'anàlisi del perfil temporal de jubilacions posa de manifest una distribució clarament no uniforme al llarg del període estudiat. El perfil temporal no presenta una evolució constant, sinó que concentra pics rellevants en determinats anys, especialment el 2029 (n=23, 2,4% del total del registre), el 2030 (n=23), el 2031 (n=17) i el 2040 (n=21). Aquests màxims responen a la jubilació de cohorts especialment nombroses nascudes entre els anys 1959 i 1963, així com a la cohort de 1973. Aquest fet reflecteix els processos d'incorporació massiva de professionals produïts durant la dècada de 1980 i els primers anys de la dècada de 1990, en un context d'expansió i consolidació del sistema sanitari públic a Catalunya. La identificació d'aquests punts de tensió temporal resulta clau per anticipar escenaris de pressió assistencial i dimensionar adequadament la planificació formativa, amb l'objectiu d'evitar dèficits puntuals de cobertura professional.

Risc de descapitalització del coneixement expert

Entre els anys 2026 i 2035 es preveu la jubilació de 141 professionals, que representen el 14,8% del total registrat. La major part d'aquestes sortides correspondrà a perfils amb una àmplia trajectòria assistencial, docent i organitzativa. Aquesta concentració de jubilacions en un període relativament breu comporta un risc significatiu de pèrdua de capital humà expert que transcendeix el balanç quantitatiu de professionals disponibles. En particular, pot afectar la continuïtat en la transmissió del coneixement clínic acumulat, la capacitat de tutorització de residents EIR i el manteniment de les unitats altament

especialitzades. En absència de mesures proactives, com ara plans estructurats de relleu generacional i mecanismes de solapament entre cohorts professionals, aquests processos podrien comprometre tant la qualitat assistencial com la sostenibilitat del sistema a mitjà termini.

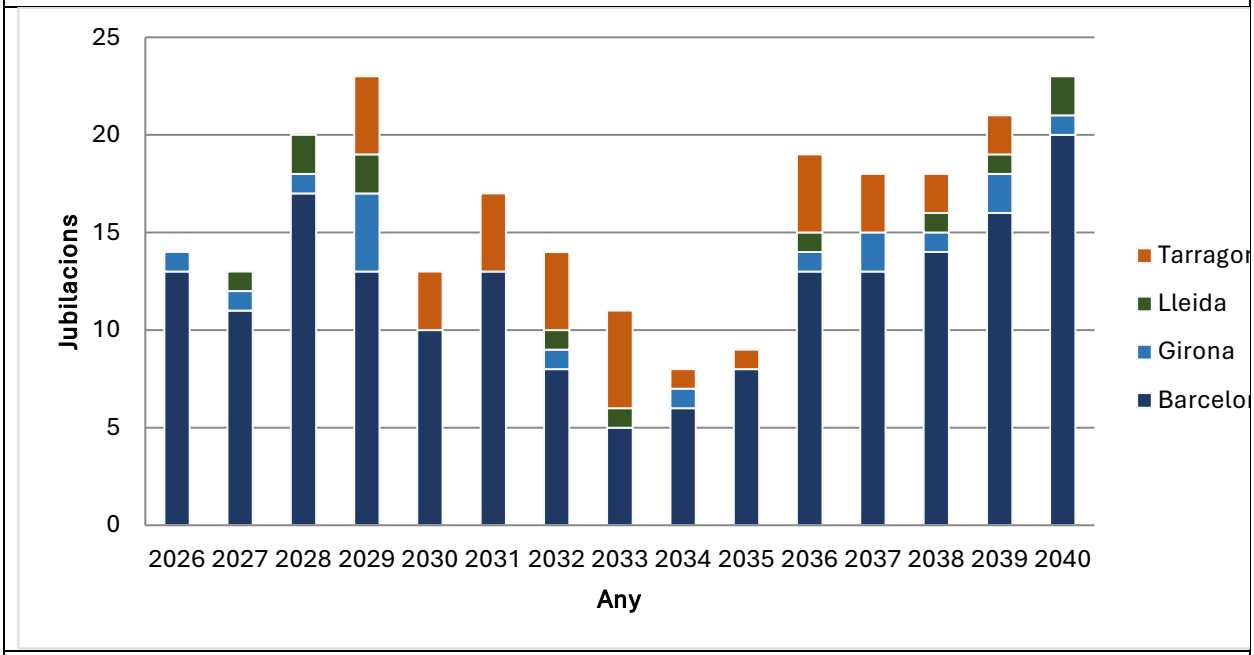
L'anàlisi de la Figura 6 permet identificar clarament un patró bimodal en la distribució de les jubilacions al llarg del període projectat. Un primer cicle de pressió s'observa entre els anys 2029 i 2031, amb un màxim de 23 jubilacions l'any 2030, corresponent principalment a les cohorts nascudes entre 1963 i 1964. Un segon cicle s'anticipa entre 2036 i 2040, amb un volum especialment rellevant els anys 2036 (n=19)i 2040 (n=21), associat a les cohorts nascudes entre 1969 i 1973, que l'any 2026 conformaven el grup d'edat de 50–54 anys. Ambdós cicles són coherents amb els processos històrics d'incorporació massiva de llevadores al sistema sanitari públic durant etapes d'expansió de la xarxa hospitalària i del desplegament de l'atenció primària a Catalunya.

Des de la perspectiva de la planificació de recursos humans, la interpretació crítica d'aquesta dinàmica temporal ha de tenir en compte el desajust estructural entre el volum de sortides previstes i la capacitat actual de reposició. En un escenari de continuïtat sense canvis, el ritme anual d'incorporació (estimat en aproximadament 25 noves professionals) resulta de multiplicar les 71 places de formació EIR disponibles per la taxa de retenció del 35% per a les residents formades a Catalunya. Atesa l'absència de dades públiques consolidades sobre la inserció laboral de les llevadores EIR, diversos actors institucionals i professionals coincideixen a situar la taxa de retenció en valors clarament inferiors al 50%. En aquest informe s'adopta un escenari de treball conservador del 35%, coherent amb les estimacions professionals disponibles.

Aquest volum de reposició podría situar-se sistemàticament per sota del nombre de jubilacions anuals al llarg de tot el període projectat. De manera particularment crítica, durant els anys de màxim pic (2029–2031), el dèficit net anual

s'aproxima a les 20 jubilacions no cobertes, fet que comporta una reducció progressiva de la plantilla efectiva i intensifica el dèficit de ràtio ja existent. Aquesta dinàmica evidencia la necessitat d'intervencions estructurals sobre l'oferta formativa i les polítiques de retenció i fidelització per garantir la sostenibilitat del model assistencial a mitjà i llarg termini.

Figura 6: Jubilacions previstes per província i any a Catalunya (2026-2035)

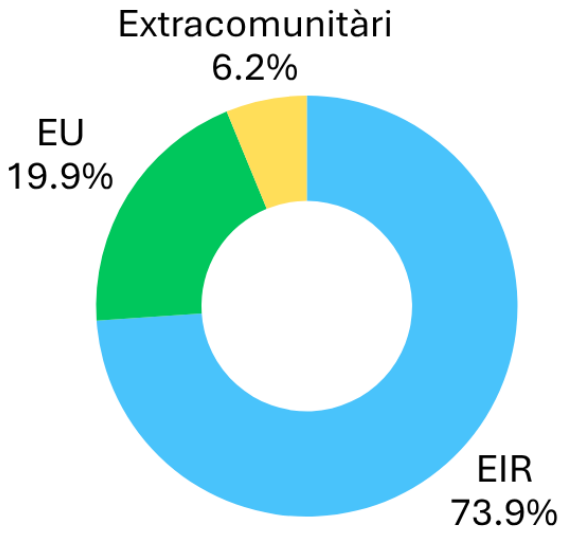


Font pròpia

Anàlisi de l'accés a la formació de llevadores a Catalunya

Respecte a la formació de les llevadores que treballen a Catalunya, majoritàriament s'han format mitjançant la formació sanitària especialitzada per via EIR (73.9%), mentre que el 30% han accedit a la formació fora de d'Espanya a través de vies d'accés universitàries dins de la Unió Europea (19.9%) o extra-comunitàries (6.2%) (Figura 7).

Figura 7: Via formativa de les llevadores a Catalunya

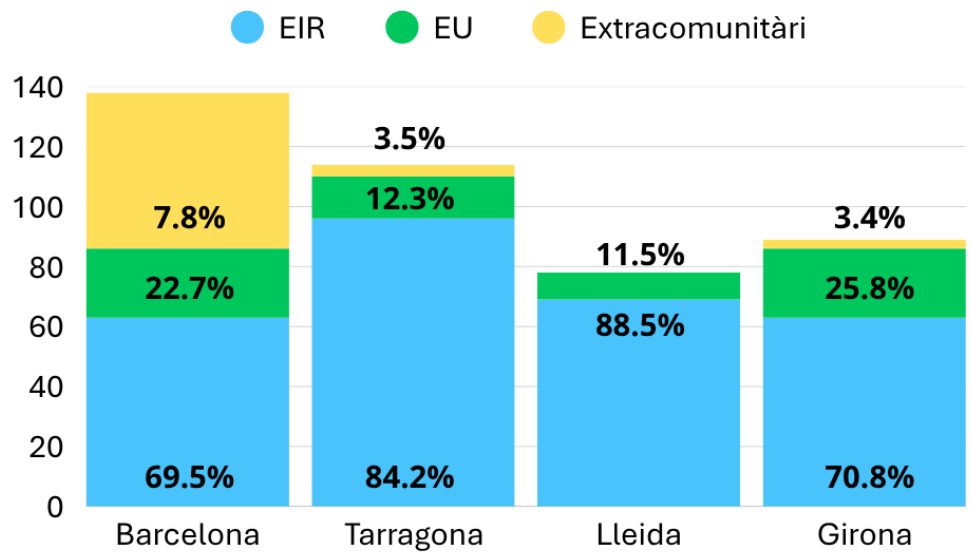


Font pròpia

Cal esmentar que s'han apreciat diferències entre les diferents demarcacions de territorials pel que fa a la distribució de les professionals i a les seves característiques. Respecte a l'edat mitjana de les professionals segons cada demarcació, s'han observat diferències no significatives, les quals es mostren a la Figura 3. L'edat mitjana més alta és la de la demarcació de Barcelona (46.37 anys ± DS:11.38), seguida per la demarcació de Girona (45.51 anys ± DS:10.07) i Tarragona (44.51 anys ± DS:11.31). Finalment, Lleida disposa de la mitjana d'edat més baixa de totes les demarcacions (42.23 anys ± DS:10.13), la qual és una diferència significativa comparada amb la demarcació de Barcelona (p. 0.012)

En referència a la formació, també s'han observat diferències en el territori català, on la demarcació de Lleida és la que presenta major percentatge de professionals que s'han format per via d'especialitat (88.5%). D'altra banda, la demarcació de Girona és la que presenta major percentatge de professionals formats en altres països de la Unió Europea (25.8%), i la demarcació de Barcelona és la que presenta major percentatge de professionals formats a països extracomunitaris (7.8%) (Figura 8).

Figura 8: Formació dels professionals per demarcacions



Font pròpia

La Formació Sanitària Especialitzada (FSE) a Catalunya

La formació especialitzada de llevadores a Catalunya es vehicula a través del sistema EIR (Especialista Intern Resident), amb una durada de 2 anys. Això significa que les professionals que inicien la convocatòria d'un any determinat s'incorporen al mercat laboral dos anys més tard.

En els darrers cinc anys (2021-2026), Catalunya ha format una mitjana de 72 noves llevadores EIR per any, passant de les 69 places de la convocatòria 2021-2022 fins a les 75 de la 2025-2026, la qual cosa representa un creixement moderat però sostingut. Catalunya absorbeix al voltant del 15,7% del total de places EIR de llevadores de tot l'Estat espanyol, que se situa en les 477 places per al curs 2025-2026 (Taula 3).

Taula 3: Dades històriques de places de Formació Sanitària Especialitzada LLIR a Catalunya i Espanya.

Convocatòria	Places Cat.	Places Esp.	% Cat./Esp.	Increment Cat. (vs any ant.)	Any finalització (+2 anys)
2021-2022	69	412	16.7%	—	2023
2022-2023	71	437	16.2%	+2	2024
2023-2024	71	469	15.1%	+0	2025
2024-2025	74	451	16.4%	+3	2026
2025-2026	75	477	15.7%	+1	2027
Mitjana 5 anys	**72**	**449.2**	**16.1%**	—	—

Font: Ministerio de Sanidad. (s. f.). Formación sanitaria especializada: Programas formativos.

En els darrers anys, s'ha observat un increment discret en l'oferta de places de formació per a llevadores a Catalunya, passant de 69 a 75. No obstant això, aquest creixement és clarament insuficient per fer front a les jubilacions previstes per a la propera dècada, especialment si es considera el dèficit estructural derivat de la suspensió dels estudis d'especialitat entre els anys 1987 i 1993. Aquesta mancança de relleu generacional posa en risc la sostenibilitat de l'atenció i evidencia que el sistema no ha planificat adequadament la reposició d'efectius en funció de la piràmide d'edat del col·lectiu.

Si bé el model de Formació Sanitària Especialitzada (FSE) mitjançant la via d'Especialista Intern Resident (EIR) es manté com un referent de qualitat i solidesa, la seva capacitat de resposta davant les necessitats reals del sistema sanitari és limitada. Actualment, el volum de places depèn directament de la disponibilitat pressupostària tant de l'Estat com de la Generalitat de Catalunya; en aquest sentit, s'observa que el govern estatal no ha incrementat significativament l'oferta i que, en l'àmbit autonòmic, encara no s'ofereix la totalitat de les places prèviament acreditades. Aquesta infrautilització dels recursos acreditats dificulta la cobertura de professionals especialitzades en tot el territori.

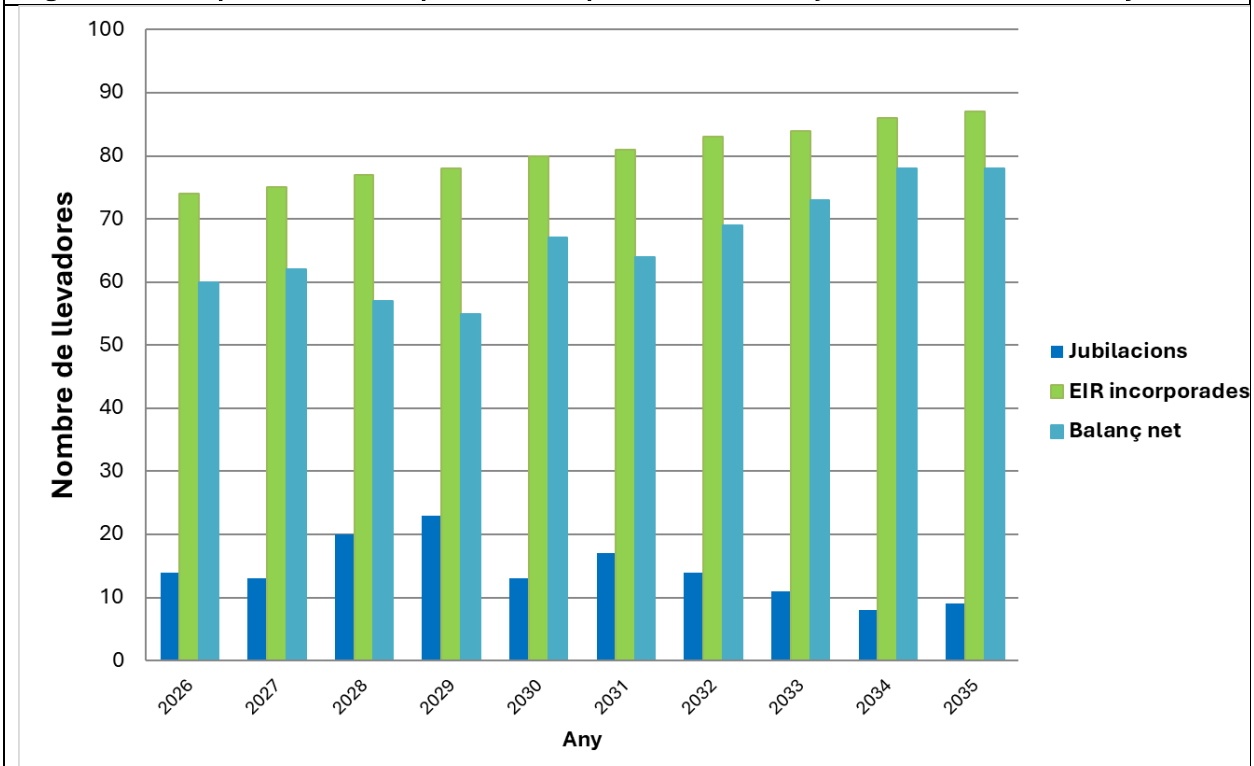
Per garantir la qualitat d'aquest procés formatiu, és imperatiu disposar d'una dotació adequada de recursos humans i docents. En aquest context, el document marc del Ministeri de Sanitat de 2010 estableix els requisits per a les Unitats Docents Multidisciplinàries (UDM), fixant un màxim de cinc residents per tutor per assegurar una supervisió continuada i personalitzada. En coherència amb aquesta normativa, el Decret 165/2015 de la Generalitat de Catalunya regula la figura del col·laborador docent, un rol que els serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) han integrat mitjançant un document marc d'acreditació i re acreditació. Atès el rigor d'aquests processos i la responsabilitat que assumeixen, es fa palesa la necessitat de reconèixer i valorar adequadament la tasca docent d'aquestes professionals per tal d'incentivar la seva implicació en el sistema.

Comparativa entre la formació EIR i les jubilacions previstes de llevadores a Catalunya (2026-2035)

L'anàlisi compara les places EIR de llevadores adjudicades a Catalunya amb les jubilacions previstes del registre, assumint l'edat de jubilació als 67 anys (Figura 8).

L'evolució de les jubilacions al llarg del període 2026–2040 presenta dos cicles clarament diferenciats. Un primer cicle d'alta pressió es concentra entre el 2028 i el 2033, amb una mitjana de 16,5 jubilacions anuals i dos pics superiors a les 20 baixes (2028 i 2029). Un segon cicle s'inicia a partir del 2036, quan una nova cohort nombrosa (nascuda entre 1969 i 1973) comença a arribar a l'edat de jubilació, amb un nou pic al 2040 (23 jubilacions). Entre ambdós cicles, el tram 2034–2035 presenta la mínima pressió del període.

Figura 8: Comparativa de la previsió de places de LLIR i jubilacions a Catalunya



Font pròpia

Des d'una perspectiva de planificació de recursos humans, cal destacar que el sistema de formació EIR disposa de 75 places anuals de llevadores a Catalunya (convocatòria 2025-2026), la qual cosa suposa una incorporació de 75 noves professionals cada any. Comparant aquesta xifra amb les jubilacions previstes, el balanç net anual és positiu en tots els anys del període: fins i tot en els anys de major pressió (2029 i 2040), les 23 jubilacions previstes queden àmpliament cobertes per les 75 incorporacions anuals. No obstant això, cal tenir en compte que no totes les EIR formades es queden necessàriament a Catalunya, que una part important de les professionals formades accedeix a places en altres especialitats o sectors, i que el balanç quantitatiu no garanteix una distribució territorial adequada. Tanmateix, les projeccions de places EIR a partir del 2028 són estimacions basades en la tendència recent, i podrien variar en funció de les decisions de política sanitària.

Les dades reflecteixen que Catalunya disposa de marge per absorbir les baixes per jubilació previstes fins al 2040 en termes agregats, però la concentració de jubilacions en certes demarcacions, especialment Barcelona en el tram 2036–2040 i Tarragona en el tram 2029–2033, requereix una planificació territorial activa que asseguri que les noves professionals es distribueixen on la demanda és més urgent.

Tot i que el volum actual de formació de llevadores a Catalunya podria ser suficient per cobrir les jubilacions previstes fins al 2035, la planificació estratègica ha d'anticipar el relleu del gruix de la plantilla (cohort de 40–55 anys) que es jubilarà entre els anys 2036 i 2055. A aquest repte demogràfic s'hi suma el factor de la mobilitat geogràfica, ja que la tendència dels residents procedents d'altres comunitats pot ser retornar al seu lloc d'origen en finalitzar l'especialització, fet que agreuja el dèficit estructural de professionals al territori. Aquesta conjuntura subratlla la urgència d'implementar polítiques que no només incrementin la capacitat formativa, sinó que també fomentin la fidelització del talent dins el sistema de salut català per garantir-ne l'estabilitat i la cobertura a llarg termini.

On volem anar? Visió de futur

Un sistema de salut en transició

Diferents tendències socials i tècniques estan conformant una transformació lenta però constant del sistema de salut. Aquesta transició pivota en diferents eixos que afecta en com es configuren els serveis, a on es presten i qui és el principal agent de la seva prestació.

La llevadora, amb una formació sòlida que ha adquirit en els anys de residència a través de les Unitats Docents i les rotacions per tots els serveis especialitzats, facilita l'atenció sanitària especifíca en tots els àmbits on es desenvolupa: assistencial, docent i de formació, gestió i lideratge, recerca i innovació.

Els professionals són els principals garants d'una atenció d'excel·lència. Per tant, cal orientar el dimensionament de les plantilles a:

- Garantir un temps d'espera adequat.
- Oferir un temps d'assistència òptim segons les necessitats de la persona.
- Assegurar una bona qualitat percebuda per la persona.

Creiem important augmentar de manera prioritària la dotació de professionals per donar resposta a les necessitats de la població i millorar les condicions de treball.

Exemples organitzatius en serveis especialistes innovadors

Model de continuitat de cures amb equip de caseloading

El model de *caseloading midwifery* (continuïtat de l'atenció) basat en la pràctica anglosaxona s'associa a una millora dels resultats neonatals, incloent-hi una reducció del part prematur i una millor eficiència del sistema sanitari (Kuipiers et al., 2025). Aquest model organitzatiu, avalat per evidència recent, organitza les

llevadores en equips autònoms que segueixen la dona durant tot el procés (gestació, part i postpart), augmentant la satisfacció de la usuària i reduint les intervencions obstètriques innecessàries (Sandall et al., 2024).

Aquesta estructura de treball promou una atenció personalitzada, incrementant la seguretat clínica i optimitzant recursos en reduir complicacions especialment en població vulnerable (Hadebe et al., 2021), i posicionant les llevadores com a referents en l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Actualment aquest sistema no està implantat a Catalunya, ja que es basa en una pràctica autònoma a nivell comunitari en les gestacions de baix risc, però també en la gestió del part en centres de naixements i domicili, serveis inclosos a la cartera de serveis del sistema de salut.

Centres de naixement liderats per llevadores

Els centres de naixement liderats per llevadores constitueixen unitats assistencials especialitzades en l'atenció al part de baix risc i s'inscriuen en un model d'assistència centrada en la fisiologia del procés reproductiu. El part es considera un procés fisiològic que, en el context d'embarassos de baix risc, sol desenvolupar-se sense complicacions i sense necessitat d'intervencions mèdiques. S'entén per part de baix risc aquell que s'inicia de manera espontània entre les 37 i les 42 setmanes de gestació, amb el fetus en presentació cefàlica i sense factors de risc associats durant l'embaràs que puguin influir negativament en el desenvolupament del treball de part i del naixement.

En aquest marc, la Guia de Pràctica Clínica sobre l'Atenció al Part Normal a Espanya estableix criteris i recomanacions per al maneig del part de baix risc dins del Sistema Nacional de Salut, i posa de manifest la importància de minimitzar intervencions innecessàries en aquests casos. Paral·lelament, l'Organització Mundial de la Salut ha assenyalat un increment en l'ús de pràctiques intervencionistes en parts que inicialment es consideren de baix risc, fet que

contrasta amb les recomanacions internacionals orientades a promoure una assistència més respectuosa amb la fisiologia del part.

Els centres de naixement liderats per llevadores poden situar-se en l'entorn hospitalari (centres de naixement hospitalaris o alongside midwifery units, AMU) o fora del context hospitalari (centres extrahospitalaris o freestanding midwifery units, FMU). Aquests dispositius es caracteritzen per oferir un entorn més acollidor, amb menor grau d'intervenció mèdica i una orientació clara a la promoció de l'autonomia de la dona i del seu procés de part. En països com el Regne Unit o els Països Baixos, aquests centres estan plenament integrats en els sistemes sanitaris públics, mentre que a Espanya la seva implantació continua sent limitada, amb només dos centres de tipus AMU en funcionament dins del Sistema Nacional de Salut. Malgrat la disminució global del nombre de naixements en la darrera dècada, es constata un interès creixent pels models d'atenció menys intervencionistes, de manera que el desenvolupament d'aquests centres dependrà, en gran mesura, de la demanda social i de les polítiques sanitàries que en regulin la implementació.

L'evidència procedent d'estudis realitzats tant a Espanya com en altres països indica que l'admissió en un centre de naixement es relaciona amb una reducció clínicament rellevant en l'ús d'anestèsia, de qualsevol tipus, en comparació amb l'ingrés en una unitat obstètrica convencional des de l'inici del treball de part. Així mateix, s'observa una menor probabilitat de realitzar una episiotomia i un augment de la probabilitat de tenir un part eutòcic, entès com un part vaginal que es desenvolupa sense necessitat d'intervencions addicionals. Aquestes dades suggereixen que els centres de naixement liderats per llevadores afavoreixen un curs de part menys medicalitzat, mantenint estàndards de qualitat i seguretat.

Pel que fa al model d'acompanyament, l'atenció a les dones es basa en una ràtio 1/1, és a dir, una llevadora per cada dona en treball de part, fet que permet una atenció personalitzada i contínua. Es promou, a més, la continuïtat assistencial per

part de les llevadores des de les etapes finals de l'embaràs fins al puerperi, amb l'objectiu de reforçar el vincle terapèutic i millorar l'experiència de la dona i la família.

Des del punt de vista econòmic i segons l'informe de Pons-Duran et al. (2025), l'anàlisi de l'impacte pressupostari, centrada en els costos directament vinculats al part i a les seves complicacions immediates, considera elements com l'ús d'anestèsia epidural, la durada de l'estada hospitalària, el tipus de part i la incidència d'esquinçaments perineals, entre d'altres. Aquesta anàlisi estima que el cost mitjà per part en un centre de naixement és de 4.490,40 €, davant dels 4.796,20 € en una unitat obstètrica convencional, la qual cosa suposa una diferència de 305,80 € per part. Aquesta diferència s'explica principalment per un menor ús d'anestèsia epidural, estades hospitalàries més curtes i una menor taxa de cesàries als centres de naixement.

En conseqüència, l'adopció del model de centres de naixement hospitalaris per a parts de baix risc podria comportar estalvis econòmics significatius i contribuir a una utilització més eficient dels recursos del sistema sanitari públic. Al mateix temps, les dades disponibles indiquen que l'atenció al part en aquests centres presenta una seguretat clínica materna i neonatal comparable a la de les unitats obstètriques, amb taxes similars de mortalitat materna, ingrés a unitats de cures intensives, hemorràgia postpart, esquinçaments perineals i indicadors neonatals com la mortalitat, l'ingrés en unitats de cures intensives neonatals, la necessitat de reanimació i la puntuació d'APGAR. D'altra banda, es constaten avantatges en termes d'efectivitat materna, amb una reducció d'intervencions com episiotomies, cesàries, parts instrumentals i un menor ús d'anestèsia epidural i d'oxitocina per accelerar el part, fet que reforça la consideració d'aquests centres com a espais d'assistència menys medicalitzada però igualment segura.

Per tot plegat, els centres de naixement formen part de la innovació en les cures entorn del part i és el lideratge de les llevadores que ho fa possible. El Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC), a través Comissió de

Llevadores, va realitzar un manifest al gener de 2023 manifestant l'alarmant preocupació pel tancament provisional del Centre de Naixements de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (FHSJDM).

Model de Salut maternal als Països Baixos (Holanda)

Als Països Baixos, el model de salut maternoinfantil és freqüentment considerat un referent internacional per la seva orientació comunitària, preventiva i centrada en l'atenció primària, especialment pel que fa a l'embaràs i el part. Aquest model es basa en una estratificació molt clara del risc obstètric, que determina tant el perfil professional que assumeix el seguiment com el nivell assistencial en què es produeix l'atenció.

En el cas dels embarassos de baix risc, l'atenció i seguiment recau principalment en les llevadores (verloskundigen) en l'àmbit de l'atenció primària, mentre que els embarassos de risc mitjà o alt es deriven a ginecòlegs/obstetres i s'atenen en l'entorn hospitalari especialitzat. Aquesta distribució del risc i de responsabilitats professionals permet optimitzar l'ús dels recursos sanitaris i preservar la fisiologia del procés reproductiu sempre que sigui possible.

Les llevadores hi tenen un rol central i altament autònom: realitzen el seguiment de l'embaràs normal, atenen i acompanyen el part tant a domicili com a l'hospital, assumeixen el seguiment del postpart immediat i decideixen quan és necessari derivar a l'hospital o a un nivell assistencial superior. Aproximadament entre un 15% i un 20% dels parts són planificats a domicili en situacions d'embaràs de baix risc, sempre sota la supervisió de llevadores i amb protocols establerts que regulen el trasllat ràpid a l'hospital en cas de necessitat. El part a casa constitueix, per tant, una opció normalitzada i plenament integrada dins el sistema públic de salut. (Cellissen et al., 2025).

Entre els principals punts forts d'aquest model, destaquen l'elevada satisfacció materna, l'ús racional de la tecnologia mèdica, el reforç de l'autonomia

de la dona en la presa de decisions i una bona relació cost-efectivitat. El model holandès es fonamenta en la confiança en la normalitat del procés reproductiu, prioritza l'atenció primària i el paper de les llevadores, integra el part planificat a casa com a part del circuit públic i incorpora una forta dimensió preventiva i comunitària. (Cellissen et al., 2025).

En contrast, el model català es caracteritza per un enfocament marcadament hospitalocèntric, amb una centralitat de l'hospital com a eix de l'atenció i acompanyament al part, una orientació més biomèdica i centrada en la prevenció del risc i uns nivells de medicalització del part sensiblement més elevats. Aquesta diferència de paradigmes assistencials comporta un rol menys protagonista de l'atenció primària i de les llevadores en la gestió dels embarassos de baix risc i en l'oferta de models alternatius com el part planificat a domicili.

Què necessitem per arribar-hi? Planificació de serveis

L'anàlisi de les dades disponibles posa de manifest que el desig d'especialitzar-se en llevadoria ha impulsat moltes infermeres a realitzar la seva formació fora de l'Estat, alhora que s'ha produït la incorporació de llevadores procedents de països extracomunitaris. Aquest doble flux formatiu i migratori ha estat determinant per sostenir el funcionament del model actual d'atenció, tot i que es planteja la incògnita sobre la seva viabilitat a mitjà i llarg termini.

En aquest context, es fa evident la necessitat de millorar la planificació de les places formatives de l'especialitat.

Es proposa, en primer lloc; incrementar progressivament el nombre de places de residents en llevadoria, amb l'objectiu d'augmentar el volum de professionals en formació. Igualment, es considera imprescindible convocar la totalitat de les places acreditades als hospitals, garantir que siguin efectivament ofertades i establir mecanismes de seguiment que en permetin avaluar el grau d'aprofitament i optimització.

A més a més es suggereix l'ampliació del nombre de centres formadors, identificant nous dispositius amb capacitat docent que puguin obtenir l'acreditació per a la formació d'especialistes. En aquest marc, s'inclourien hospitals amb menys de 1.000 parts anuals mitjançant la formalització de convenis de col·laboració amb hospitals ja acreditats.

D'altra banda, es considera oportú valorar l'adaptació del pla formatiu de l'especialitat als estàndards europeus, fet que podria flexibilitzar determinats requisits d'acreditació i incrementar la capacitat formativa del sistema. En aquest sentit, es proposa que el nombre de parts exigits per a la formació de les residents s'ajusti als criteris establerts a escala europea, de manera que el mínim de 80 parts actualment requerits es reduís a 40 igual que es fa a altres països europeus.

Proposta i projecció del pla d'increment de places de LLIR i llevadores per assolir una cobertura de llevadores adient (2026-2040)

L'anàlisi de la situació actual de la dotació de llevadores avalua el grau de compliment de les tres ràtios recomanades internacionalment per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la Confederació Internacional de Llevadores (ICM), i proposa tres escenaris de desplegament per al període 2026–2040, cadascun acompanyat d'una projecció econòmica detallada basada en les taules retributives oficials de l'Institut Català de la Salut (ICS).

Aquest parteix de les dades reals del registre col·legial de llevadores de Catalunya, que a 30 de juny de 2025 comptava amb 952 professionals registrades, distribuïdes per les quatre demarcacions provincials. A partir d'aquestes dades, es calculen les ràtios assistencials actuals i es comparen amb els estàndards internacionals reconeguts, identificant-se dèficits significatius en dues de les tres ràtios analitzades (Figura 9).

.

Figura 9: Comparació dels ràtios actuals a Catalunya amb les recomanacions internacionals i dèficits detectats



Font pròpia. Catalunya 2026 · Base: 952 llevadores al registre col·legial, 53.793 parts (IDESCAT 2024).

Els resultats principals mostren que, mentre la ràtio d'activitat obstètrica (parts per llevadora) es troba dins dels marges internacionals, les ràtios de caseload i

poblacional se situen molt per sota de les recomanacions, amb dèficits estimats d'entre 595 i 1.363 llevadores respecte als estàndards de l'ICM i l'OMS. Les jubilacions previstes per al període 2026–2040 (229 llevadores, el 24% del registre actual) agreugen estructuralment el problema si no s'adopten mesures correctores immediates.

La projecció de l'evolució del nombre de llevadores s'ha realitzat mitjançant un model dinàmic any a any que considera: (a) les jubilacions previstes per any derivades de la distribució d'edats del registre; (b) les noves incorporacions resultants de les places EIR ofertades multiplicades pel percentatge de retenció a Catalunya; i (c) el saldo net anual (noves incorporacions menys jubilades). La fórmula és:

$$\text{Llevadores(any t)} = \text{Llevadores(any t−1)} + [\text{Places_EIR(t)} \times \%\text{Retenció(t)}] - \text{Jubilades(t)}$$

La projecció de parts per al periode 2026–2040 s'ha realitzat aplicant una tendència de lleu descens del 0,2% anual, coherent amb l'evolució observada a Catalunya en el periode 2020–2024 (Idescat, 2024b). Les dones en edat fèrtil s'han projectat amb un creixement del 1% anual, d'acord amb l'escenari mitjà de les Projeccions de Població de l'Idescat (Idescat, 2025).

Escenari 1: Ràtio d'activitat obstètrica (1 llevadora/175 parts)

L'escenari 1 té com a objectiu mantenir la ràtio d'activitat obstètrica obsoleta per sota del llindar recomanat d'1 llevadora per cada 175 parts. I no garanteix una atenció adequada i de qualitat. Atès que aquest objectiu ja es compleix amb les 952 llevadores actuals (ràtio de 56,5 parts/llevadora), l'escenari 1 no requereix un augment de places EIR respecte a la situació actual (71 places/any amb una retenció del 35%). Les 307 llevadores necessàries per a aquest estàndard representen el 32% de les actuals, confirmant la suficiència de la dotació actual per a aquest indicador específic.

Tot i que el nombre global és suficient, l'escenari 1 requereix verificar la distribució territorial de les llevadores, atès que la concentració a Barcelona (70,3% del total) pot implicar infracobertura en zones rurals i en les demarcacions de Girona,

Lleida i Tarragona. A més al ser un indicador que reflexa només l'activitat assistencial hospitalària, no té en compte altres models d'atenció ni de cobertura, a més de no considerar la complexitat de les cures segons el nivell d'hospital.

Escenari 2: Ràtio de continuïtat assistencial (40 gestants/llevadora)

L'escenari 2 és el que l'equip tècnic considera l'escenari recomanat, per tractar-se de l'indicador que millor reflecteix la càrrega assistencial real i el benestar de les professionals i les usuàries. L'objectiu és assolir un *caseload* de 40 gestants/llevadora/any, la qual cosa requereix 1.547 llevadores (dèficit actual de 595 respecte a les 952 existents). El pla preveu un augment progressiu de les places EIR de 71 (2026) a 150 (a partir de 2032), i una millora de la taxa de retenció de professionals a Catalunya del 35% al 60%, assolible mitjançant incentius salarials i mesures de fidelització. Amb aquest pla, l'objectiu s'assoleix al voltant dels anys 2038–2039.

Escenari 3: Ràtio poblacional (10 llevadores/10.000 dones)

L'escenari 3 estableix com a objectiu assolir l'estàndard de l'OMS de 10 llevadores per cada 10.000 dones en edat fèrtil (10–59 anys), que requeriria 2.315 llevadores a Catalunya (dèficit de 1.363). Per assolir aquest objectiu en un horitzó de 15 anys, caldria un pla molt ambiciós que inclogués: augmentar les places EIR fins a 250/any (2032 en endavant), elevar la taxa de retenció fins al 72% i acreditar nous centres docents. Malgrat que el objectiu s'assoleix teòricament cap a l'any 2038–2040 sota aquest pla, es considera un objectiu d'horitzó a llarg termini (20+ anys) en condicions d'implementació realista, ja que actualment les unitats docents a Catalunya no tindrien la capacitat per absorbir aquest nombre de places de LLIR tan elevat.

Propostes per incrementar les places de LLIR i el nombre de llevadores

La Taula 4 presenta una projecció comparativa de l'evolució de la plantilla de llevadores a Catalunya entre els anys 2026 i 2041, incorporant simultàniament les jubilacions anuals previstes i diferents estratègies d'increment de l'oferta formativa mitjançant places EIR. L'anàlisi es construeix a partir de tres escenaris prospectius, cadascun alineat amb un indicador de dotació professional diferent i amb implicacions progressivament més ambicioses en termes de capacitat formativa, retenció, fidelització i recursos docents. El nombre actual de tutors EIR s'ha estimat a partir de les 71 places anuals de formació i d'un criteri docent habitual d'1 tutor per cada 2,5 residents, fet que situa la capacitat docent actual entorn dels 28 tutors actius. Aquest valor s'utilitza com a base per calcular els requeriments addicionals de tutoria en els diferents escenaris d'escalat.

En primer lloc, la taula evidencia l'impacte estructural de les jubilacions, amb un total acumulat de 229 sortides al llarg del període, concentrades especialment a partir de 2029 i amb un segon bloc rellevant a finals de la dècada de 2030. Aquest flux de sortides constitueix el punt de partida de tots els escenaris i determina la necessitat mínima de reposició anual per evitar una pèrdua neta de professionals.

L'Escenari 1 representa un escenari de contenció, orientat a assolir una ràtio obstètrica mínima d'1 llevadora per cada 175 parts, amb un objectiu total de 307 llevadores addicionals. En aquest supòsit desaconsellat, i no té en compte la realitat ginecoobstetrica assitencial poblacional, la qual es manté constant amb una oferta actual de 71 places EIR anuals i una taxa aproximada de retenció del 35%. Aquestes condicions permeten incorporar aproximadament 25 noves llevadores per any, una xifra que només compensa parcialment les jubilacions previstes. Com s'observa al saldo net anual, durant els anys de màxim pic de sortides (especialment 2029–2031 i 2037–2040) la reposició és insuficient i es produeixen pèrdues netes de plantilla. Tot i que el nombre total de llevadores creix lentament fins a arribar a 1.098 l'any 2040, aquest escenari no permet cap canvi estructural ni una millora substantiva de les ràtios assistencials, i no requereix la incorporació de nous tutors.

L'Escenari 2 planteja un model de transformació moderada i és el que es considera escenari recomanat. Està alineat amb el model de caseload, que estableix una ràtio òptima de 40 gestants per llevadora i any, amb un objectiu final de 1.547 professionals. Aquest escenari pressuposa un augment progressiu de les places EIR fins a assolir-ne 150 anuals, així com una millora de la taxa de retenció fins al 60%, atribuïble a polítiques de fidelització i incentius salarials. A partir de 2032, aquesta combinació permet incorporar al voltant de 90 noves llevadores per any, superant clarament el volum de jubilacions en la pràctica totalitat del període. El saldo net esdevé sistemàticament positiu, fet que permet un creixement sostingut de la plantilla fins a assolir i superar el llindar objectiu cap als anys 2038–2039. L'escalat formatiu comporta la necessitat d'incorporar progressivament nous tutors docents (fins a 32 addicionals respecte als 28 actuals) per garantir l'adequada capacitat formativa.

L'Escenari 3 correspon a una estratègia intensiva d'expansió, orientada a assolir una ràtio poblacional de 10 llevadores per cada 10.000 habitants, amb un objectiu final de 2.315 professionals. En aquest cas, l'oferta formativa s'incrementa fins a 250 places EIR anuals i es pressuposa una taxa de retenció del 72%, assolible només amb mesures molt potents d'atracció, estabilitat i retribució. Aquest escenari genera saldos nets molt elevats ja des de la primera meitat del període i permet assolir el target poblacional entre 2038 i 2040. No obstant això, requereix un esforç notable en termes d'infraestructura formativa, amb la incorporació de fins a 72 tutors addicionals, i un cost incremental molt superior, estimat en 99,7 milions d'euros en quinze anys.

En conjunt, la Taula 4 mostra de manera clara que la clau del sistema no rau únicament en l'augment del nombre de places EIR, sinó en la combinació equilibrada de tres factors: el volum de formació, la capacitat de retenció i fidelització de les professionals formades i la disponibilitat de tutors suficients per sostenir aquest creixement. L'anàlisi comparativa reforça la idoneïtat de l'Escenari 2 com a opció viable, sostenible i alineada amb la millora de la qualitat assistencial, tot evitant tant l'immobilisme de l'escenari mínim com la complexitat i el cost elevat de l'escenari més intensiu.

Taula 4: Projecció del pla d'increment de les places de llevadores segons els 3 possibles escenaris futurs fins a assolir l'indicador (2026-2041)

Any	Jubilades(67a)	ESCENARI 1 — Ràtio obstètrica 1/175 parts (target: 307 llev.)						ESCENARI 2 — Caseload 40 gestants/any (target: 1,547 llev.)						ESCENARI 3 — Ràtio poblacional 10/10.000 (target: 2,315 llev.)					
	N	Places EIR	% Ret.	Noves incorp.	Saldo net	Total llev.	Tutors nous	Places EIR	% Ret.	Noves incorp.	Saldo net	Total llev.	Tutors nous	Places EIR	% Ret.	Noves incorp.	Saldo net	Total llev.	Tutors nous
2026	11	**n**	35	25	**14**	**966**	—	**71**	35	25	**14**	**966**	—	**71**	35	25	**14**	**966**	—
2027	14	**71**	35	25	**11**	**977**	—	**85**	35	32	**18**	**984**	6	**100**	42	42	**28**	**994**	12
2028	13	**71**	35	25	**12**	**989**	—	**100**	42	42	**29**	**1013**	12	**130**	50	65	**52**	**1046**	24
2029	**20**	**71**	35	25	**5**	**994**	—	**115**	46	53	**33**	**1046**	18	**160**	58	93	**73**	**1119**	36
2030	**23**	**71**	35	25	**2**	**996**	—	**130**	50	65	**42**	**1088**	24	**190**	65	124	**101**	**1220**	48
2031	13	**71**	35	25	**12**	**1008**	—	**140**	54	76	**63**	**1151**	28	**220**	70	154	**141**	**1361**	60
2032	17	**71**	35	25	**8**	**1016**	—	**150**	58	87	**70**	**1221**	32	**250**	72	180	**163**	**1524**	72
2033	14	**71**	35	25	**11**	**1027**	—	**150**	60	90	**76**	**1297**	32	**250**	72	180	**166**	**1690**	72
2034	11	**71**	35	25	**14**	**1041**	—	**150**	60	90	**79**	**1376**	32	**250**	72	180	**169**	**1859**	72
2035	8	**71**	35	25	**17**	**1058**	—	**150**	60	90	**82**	**1458**	32	**250**	72	180	**172**	**2031**	72
2036	9	**71**	35	25	**16**	**1074**	—	**150**	60	90	**81**	**1539**	32	**250**	72	180	**171**	**2202**	72
2037	**19**	**71**	35	25	**6**	**1080**	—	**150**	60	90	**71**	**1610**	32	**250**	72	180	**161**	**2363**	72
2038	**18**	**71**	35%	25	**7**	**1087**	—	**150**	60	90	**72**	**1682**	32	**250**	72	180	**162**	**2525**	72
2039	**18**	**71**	35%	25	**7**	**1094**	—	**150**	60	90	**72**	**1754**	32	**250**	72	180	**162**	**2687**	72
2040	**21**	**71**	35%	25	**4**	**1098**	—	**150**	60	90	**69**	**1823**	32	**250**	72	180	**159**	**2846**	72
TOTAL	**229**	—	—	**375**	—	***1098***	—	—	—	**1100**	—	**1823**	—	—	—	**2123**	—	**2846**	—

Retenció: Actual: 35% (65% de residents tornen al seu origen). Objectiu: 60% (E2) / 72% (E3) amb incentius salarials. Tutors nous = tutors addicionals calculat sobre 1 tutor per 2.5 residents. Complement tutoria: 3,000€/any + 30% SS. E2 (fins 150 places, 60%): pla recomanat. Assoleix target caseload (1,547) cap a 2038-2039. Cost incremental: 45.3M€/15 anys. E3 (fins 250 places, 72%): pla intensiu. Assoleix target poblacional (2,315) cap a 2038-2040. Cost incremental: 99.7M€/15 anys. Saldo verd = creixement net de plantilla | Saldo vermell = pèrdua neta de llevadores aquell any.

La Figura 10 mostra l'evolució prevista de les places d'EIR de llevadora segons tres estratègies d'escalat. L'Escenari 1 (E1) manté constant l'oferta actual de 71 places anuals; l'Escenari 2 (E2) incrementa progressivament les places fins a 150 l'any 2032 i les consolida fins a 2040; i l'Escenari 3 (E3) planteja una expansió més intensiva fins a arribar a 250 places anuals a partir de 2032. El gràfic evidencia que la capacitat d'incorporar noves llevadores al sistema no depèn únicament del nombre de places ofertades, sinó que està fortament condicionada per la taxa de retenció.

La Figura 11 mostra l'evolució de l'increment total de llevadores segons cadascun dels escenaris. Les línies de referència horitzontals de punts indiquen els targets associats a cada ràtio internacional: 307 llevadores per a la ràtio d'activitat obstètrica (1 llevadora per cada 175 parts anuals; 53.793 parts el 2024 ÷ 175 = 307,4), 1.547 per a la ràtio de caseload (61.862 gestants estimades ÷ 40 gestants/llevadora/any = 1.546,6) i 2.315 per a la ràtio poblacional (2.315.000 dones 10–59 anys ÷ 10.000 × 10 = 2.315,0).

En aquest context, l'Escenari 2 permetria, gràcies a l'increment de places i a una millora de la retenció fins al 60%, incorporar aproximadament 90 noves llevadores anuals a partir de 2032. Aquest volum supera les jubilacions previstes la majoria d'anys i genera un saldo net positiu sostingut, necessari per avançar cap a l'objectiu de 1.547 professionals associat a la ràtio de caseload. L'assoliment d'aquest escenari requereix, a més de l'augment de places en la convocatòria estatal, l'acreditació de nous centres docents a totes les demarcacions catalanes.

Figura 10: Increment nombre de llevadores segons cada escenari (2026-2040)

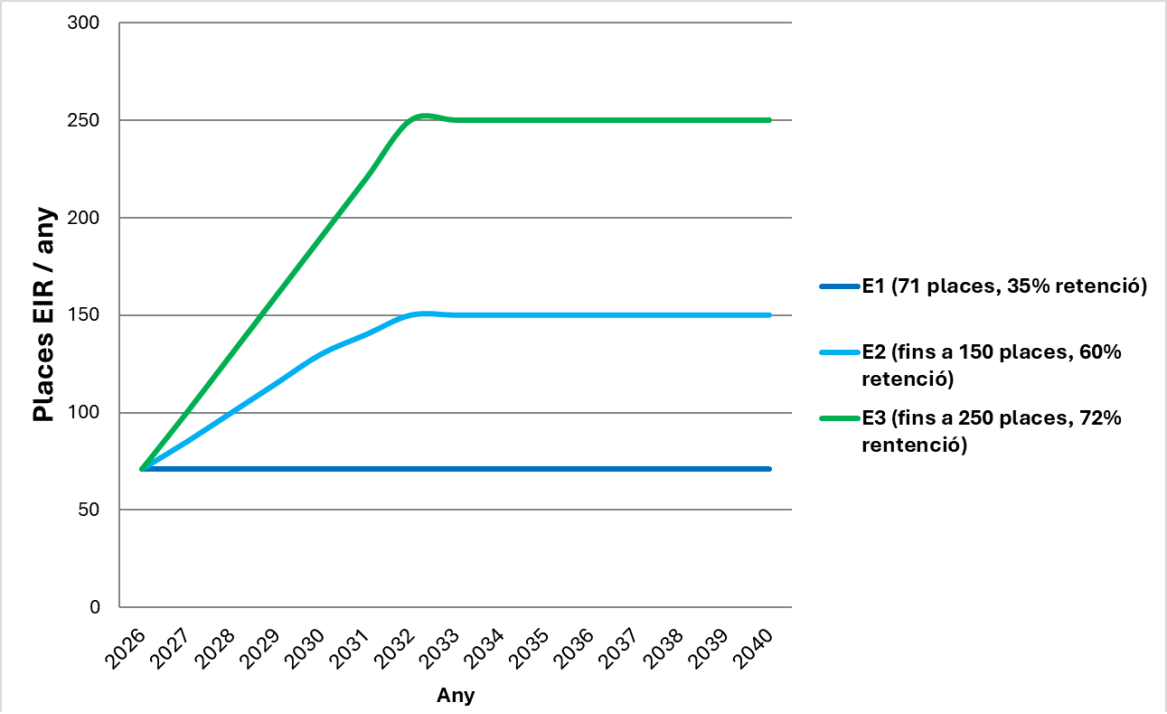
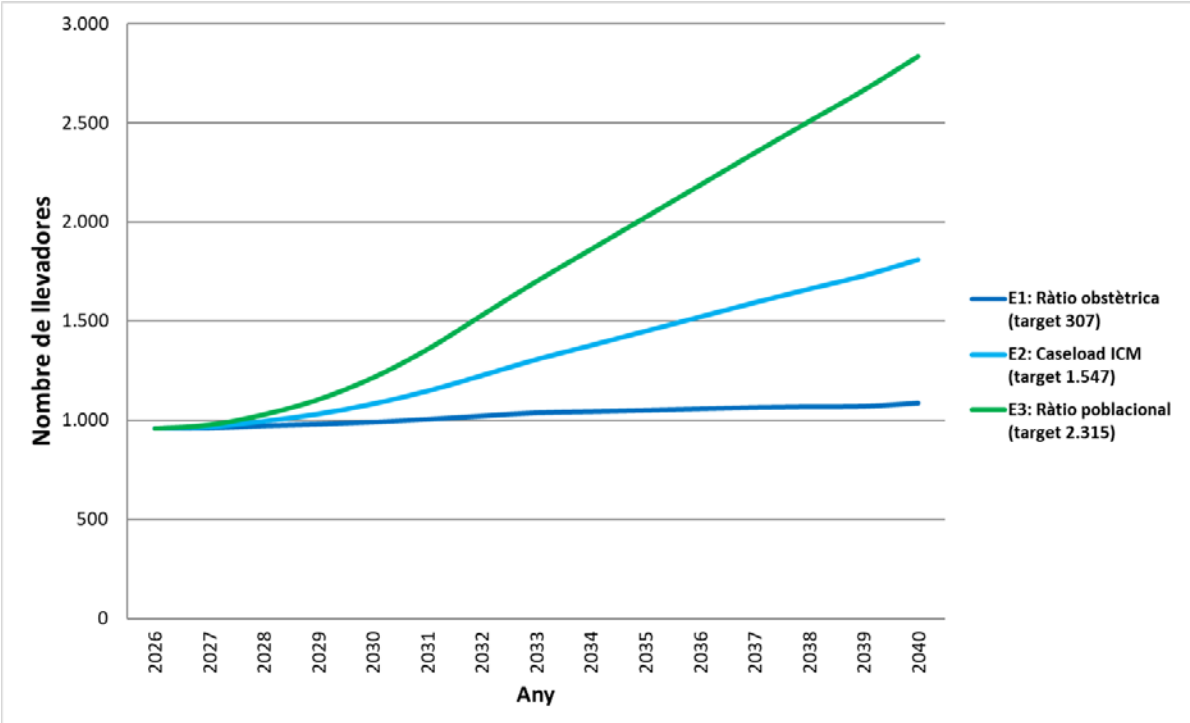


Figura 11: Evolució de l'increment en el nombre total de llevadores segons cada escenari (2026-2040)



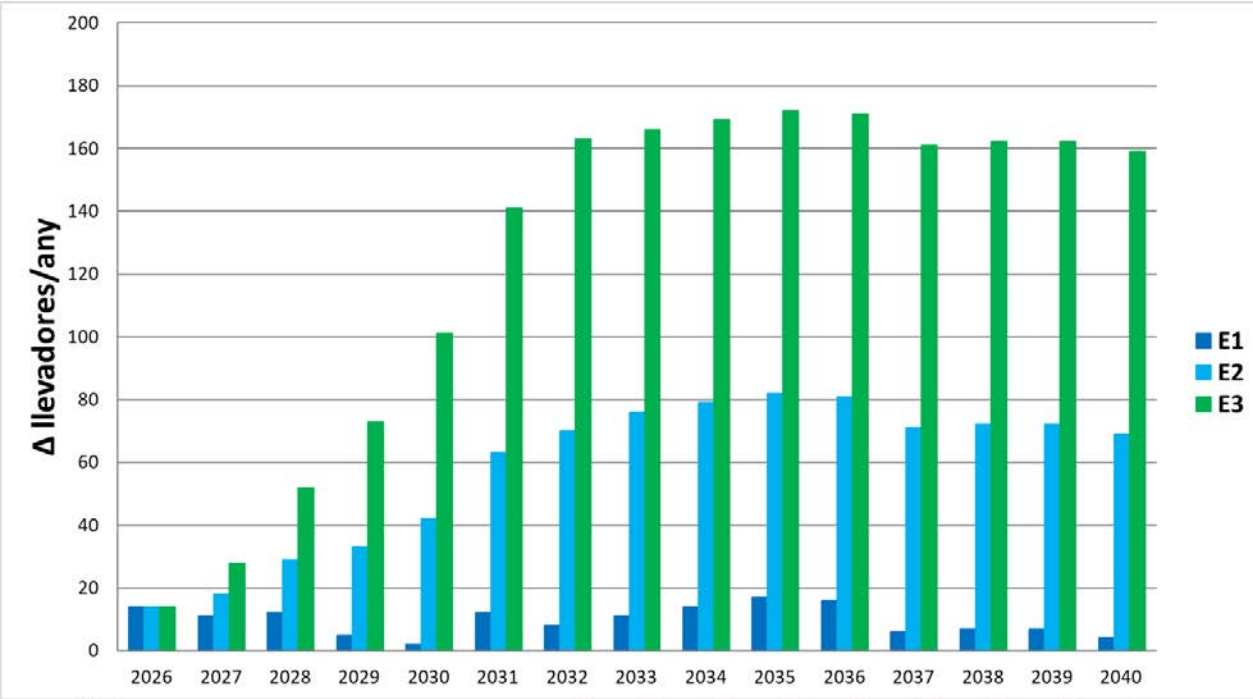
Font pròpia. Total llevadores(t) = Total llevadores(t−1) + [Places EIR(t) × % Retenció(t)] − Jubilades(t). Noves incorporades(t) = Places EIR(t) × % Retenció(t)

La Figura 11 representa el saldo net anual (noves incorporades menys jubilades) per a cada escenari i any del període 2026–2040. Un saldo positiu indica que aquell any s'incorporen al sistema més llevadores de les que jubilen, contribuint al creixement de la plantilla; un saldo negatiu indica pèrdua neta. La línia en zero serveix de referència visual per identificar ràpidament els anys de saldo negatiu (barres per sota) dels anys de creixement net (barres per sobre).

La lectura combinada de la Figura 12 amb la Taula 4 permet relacionar els pics de jubilació i els moments de major risc de descapitalització de la plantilla. En l'Escenari 1, el saldo net oscil·la entre +12 i +14 la majoria d'anys (25 noves, 11–14 jubilades), però cau a valors propers a zero o negatius en els anys de pic 2029 i 2030 (23 jubilades per any), amb un saldo d'aproximadament +2 i +2 respectivament. Això implica que, en els moments de màxima pressió, el sistema gairebé no creix en termes absoluts, quan precisament caldria incrementar més la plantilla per compensar el dèficit de ràtio acumulat.

En l'Escenari 2, el saldo net es consolida en valors clarament positius a partir de 2029 (+20 en aquell any) i s'estabilitza entorn de +65–75 llev./any en la fase de 2032–2040, fet que confirma la viabilitat del pla per assolir el target de caseload. En l'Escenari 3, el saldo net assoleix valors de +130–160 llev./any, la qual cosa requeriria una capacitat d'absorció del sistema molt superior a l'actual en termes de places de nova creació, tutors docents disponibles i infraestructura d'acollida.

Figura 12: Saldo net anual de llevadores per escenari (noves incorporacions menys jubilades), 2026–2040.



Font propia: Càlcul Total llevadores(t) = Total llevadores(t−1) + [Places EIR(t) × % Retenció(t)] − Jubilades(t)Noves incorporades(t) = Places EIR(t) × % Retenció(t)

Cost econòmic de la proposta pel pla d'increment de llevadores

El cost econòmic de cada escenari s'ha calculat a partir de quatre partides independents, cadascuna amb una metodologia específica derivada de les taules retributives oficials de l'ICS (2025):

Partida A: Residents EIR

Cada any coexisteixen dues cohorts actives de residents: la cohort de primer any (Any 1) formada pels residents de nova incorporació i la cohort de segon any (Any 2) formada pels residents de l'any anterior. El cost anual es calcula com: Cost_EIR(t) = [Places_EIR(t) × 17.160€] + [Places_EIR(t−1) × 18.559€] × 1,30. Els valors de 17.160 i 18.559€ corresponen a les retribucions anuals brutes de primer i segon any,

respectivament, d'acord amb l'Acord de Govern de 2022, actualitzades per al 2024. El factor 1,30 incorpora la quota empresarial de la Seguretat Social (30%).

Partida B : Tutors EIR addicionals

La normativa de formació especialitzada estableix una ràtio màxima d'1 tutor per cada 2,5 residents. El nombre de tutors actuals (28, derivat de 71 places ÷ 2,5) s'incrementa en funció de l'augment de places. El cost incremental dels tutors addicionals es calcula sobre el complement de tutoria (3.000€/any), que és l'import addicional al salari ordinari que percep la llevadora que exerceix la funció docent, més el 30% de SS.

Partida C: Noves llevadores al sistema

Per a cada cohort de noves llevadores incorporades, el cost salarial s'ha calculat aplicant la progressió de la carrera professional especialista de l'ICS: Nivell 0 el primer any (38.996€), Nivell 1 entre els anys 1–5 (41.464€), Nivell 2 entre els anys 5–10 (42.569€), Nivell 3 entre els anys 10–15 (43.674€), i Nivell 4 a partir de 15 anys (44.779€). S'acumulen els costos de totes les cohorts actives en cada any de projecció.

Partida D: Incentius per millorar la fidelització

Per tal d'elevar la taxa de retenció fins als nivells objectiu, es proposa un incentiu anual de 2.500€ per cada llevadora resident que es comprometi a un mínim de dos anys de servei al SISCAT català un cop finalitzada la residència. Aquest import, és coherent amb els programes d'incentivació de la retenció aplicats en altres comunitats autònomes i en sistemes sanitaris europeus comparables.

La retribució utilitzada per la projecció és d'una llevadora de l'Institut Català de la Salut (ICS), la qual es compon de diversos elements acumulatius regulats pel III Acord de l'ICS (DOGC, 2024). Aquests inclouen el salari base del grup A2, distribuït en catorze pagues (24.486 € anuals), el complement específic, que varia segons l'àmbit assistencial (aproximadament 10.500 € anuals en l'àmbit hospitalari i 8.500 € en atenció primària ASSIR), el complement de direcció per objectius (DPO) del grup A2

(2.810 € anuals), el complement d'homologació de llevadora (1.200 € anuals) i el complement de carrera professional d'infermera especialista, que incrementa en 1.500 € anuals cada nivell respecte a la base de la infermeria general.

Adicionalment, s'ha tingut en compte en el càlcul la carrera profesional, la qual s'estructura en cinc nivells vinculats principalment a l'antiguitat i a l'experiència professional. El Nivell 1 (1–5 anys) suposa un increment salarial anual de 2.468 €, mentre que el Nivell 5, corresponent a professionals amb més de 20 anys d'experiència, comporta un increment total de 6.888 € anuals sobre la retribució d'entrada. Aquest sistema retributiu reconeix de manera progressiva l'especialització i la trajectòria professional, i constitueix un factor rellevant en les estratègies de fidelització i retenció de llevadores al sistema sanitari públic.

La Taula 5 presenta una comparació del cost incremental net associat als tres escenaris analitzats en relació amb l'escenari de continuïtat o d'absència de canvis (71 places EIR anuals i una taxa de retenció del 35%). Cal diferenciar clarament dos indicadors econòmics. D'una banda, el cost incremental net (A'+B+D), que mesura l'esforç econòmic addicional atribuïble al pla en relació amb l'escenari actual. De l'altra, el cost total global (A+B+C+D), que incorpora el conjunt de despeses associades al col·lectiu de llevadores. La divergència entre ambdós indicadors correspon a la Partida C, relativa als salaris de les noves professionals. Aquesta despesa es produiria en qualsevol escenari, atès que les 229 jubilacions previstes durant el període analitzat requereixen una substitució obligada independentment de la implementació del pla.

L'ús del cost incremental com a indicador econòmic resulta especialment rellevant per a la presa de decisions, ja que permet aïllar l'esforç financer addicional propi de cada opció de política sanitària, desvinculant-lo del cost estructural inevitable. En concret, la substitució de les professionals jubilades constitueix una despesa recurrent que es produirà en qualsevol escenari, de manera que l'anàlisi se centra exclusivament en l'impacte pressupostari derivat de l'expansió de la capacitat formativa i de la millora de la retenció.

Taula 5: Projecció del increment del cost salarial segons la projecció de places de Formació Sanitària Especialitzada (LLIRs) en els 3 escenaris plantejats (2026-2040)

Partida de cost	Escenari 1 Ràtio obstètrica (M€ | M€/any | %)	Escenari 2 Caseload ICM — RECOMANT (M€ | M€/any | %)	Escenari 3 Ràtio Poblacional (M€ | M€/any | %)
A. Residents EIR (+30% SS)	49,5 M€ 3,30 M€/any 0,0254%	90,5 M€ 6,04 M€/any 0,0464%	140,6 M€ 9,37 M€/any 0,0721%
B. Tutors EIR addicionals (+30% SS)	—	1,5 M€ 0,10 M€/any 0,0008%	3,2 M€ 0,22 M€/any 0,0017%
C. Noves llevadores al sistema (+30% SS)	163,0 M€ 10,87 M€/any 0,0836%	405,9 M€ 27,06 M€/any 0,2081%	752,4 M€ 50,16 M€/any 0,3859%
D. Incentius retenció (2.500€/any)	0,9 M€ 0,06 M€/any 0,0005%	2,8 M€ 0,18 M€/any 0,0014%	5,3 M€ 0,35 M€/any 0,0027%
A'. Increment EIR (vs sense canvis)	—	41,1 M€ 2,74 M€/any 0,0211%	91,2 M€ 6,08 M€/any 0,0467%
C'. Increment noves llev. (vs sense canvis)	—	242,8 M€ 16,19 M€/any 0,1245%	589,4 M€ 39,29 M€/any 0,3023%
▶ COST INCREMENTAL NET (A'+B+D)	—	**45,3 M€ 3,02 M€/any 0,0232%**	**99,7 M€ 6,65 M€/any 0,0511%**
▶▶ COST TOTAL GLOBAL (A+B+C+D)	*213,4 M€ 14,23 M€/any 0,1094%*	*500,6 M€ 33,38 M€/any 0,2567%*	*901,6 M€ 60,11 M€/any 0,4624%*

Format: 'Total M€ | Mig anual M€/any | % pressupost Salut 2026'. Pressupost Departament de Salut Catalunya 2026: 13.500 M€. Salaris ICS 2024: III Acord (DOGC 23.1.2024). EIR Any1: 17.160€ | Any2: 18.559€ | Llevadora Nv0: 38.996€ | Nv2(ref.): 42.569€ | +30% SS. Incentiu: 2.500€/any per llevadora retinguda.No inclòs incrementar IPC per variabilitat.

En aquest marc, el cost incremental de l'Escenari 2 s'estima en 45,3 milions d'euros acumulats al llarg de quinze anys, equivalent a una mitjana de 3,02 milions d'euros anuals. En termes relatius, aquesta quantia representa aproximadament el 0,023% del pressupost anual del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (13.500 milions d'euros el 2026). El cost total global ascendeix a 500,6 milions d'euros en el mateix període (33,4 M€ anuals), equivalent al 0,257% del pressupost anual del Departament. Considerant el cost social associat a la insuficiència de cobertura obstétrica, incloent-hi una major incidència de morbimortalitat perinatal, l'increment d'intervencions obstètriques evitables i la despesa derivada de complicacions

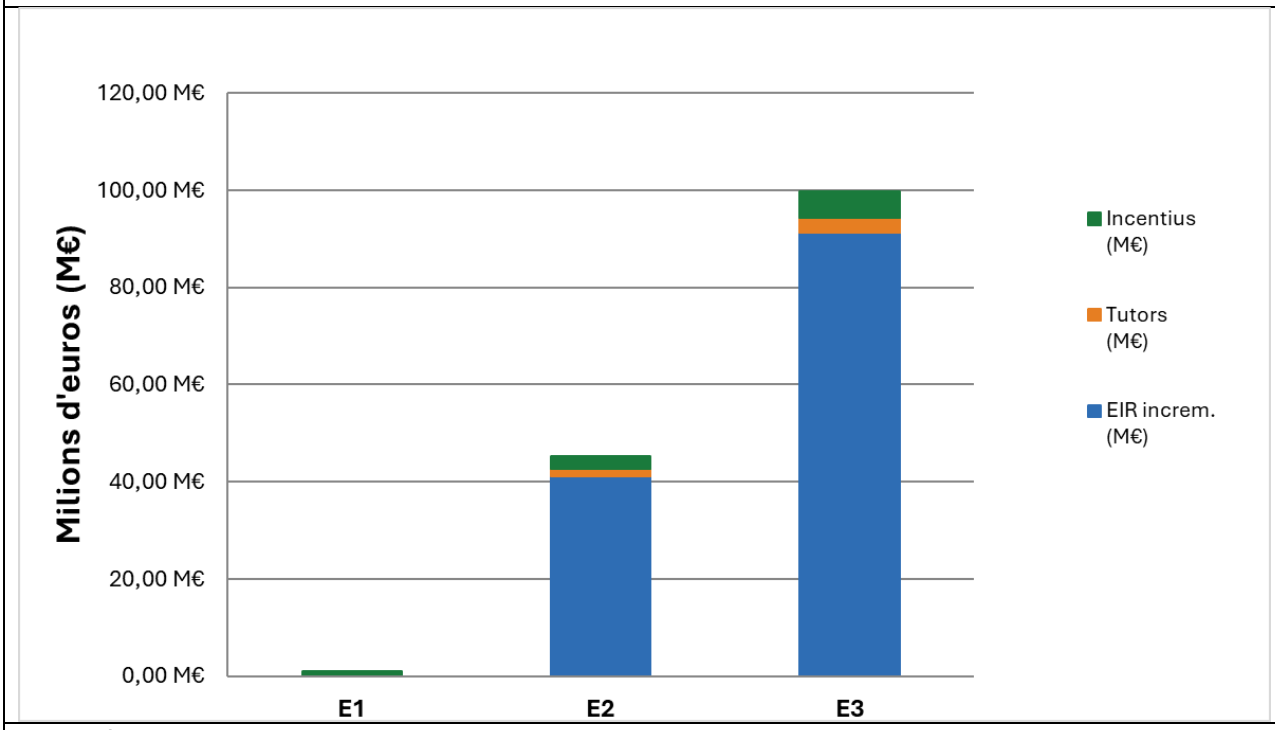
potencialment prevenibles, aquesta inversió pot considerar-se econòmicament eficient i socialment justificada, d'acord amb l'evidència internacional disponible (Sandall et al., 2016; Nove et al., 2021).

Pel que fa a l'Escenari 3, el cost incremental s'eleva a 99,7 milions d'euros en el mateix horitzó temporal, equivalents a 6,65 milions d'euros anuals i al 0,051% del pressupost sanitari anual. Tot i suposar un esforç econòmic aproximadament 2,2 vegades superior al de l'Escenari 2, aquest escenari adquireix rellevància estratègica en tant que permet assolir l'estàndard poblacional de referència establert per l'Organització Mundial de la Salut (10 llevadores per cada 10.000 dones en edat fèrtil). Aquest nivell s'aproxima als sistemes més consolidats d'Europa occidental, com el del Regne Unit, i continua per sota dels valors observats en països com els Països Baixos o Austràlia (Nove et al., 2021).

Des d'una perspectiva d'inversió en capital humà, el cost associat a la formació i retenció d'una llevadora s'amortitza al llarg d'una vida laboral activa estimada en 30–35 anys. Això es tradueix en un cost anual per any efectiu de servei d'entre 2.800 i 3.200 euros, una xifra altament competitiva si es considera el retorn en termes de millora de resultats en salut, reducció de costos evitables i reforç de la sostenibilitat del sistema públic de salut.

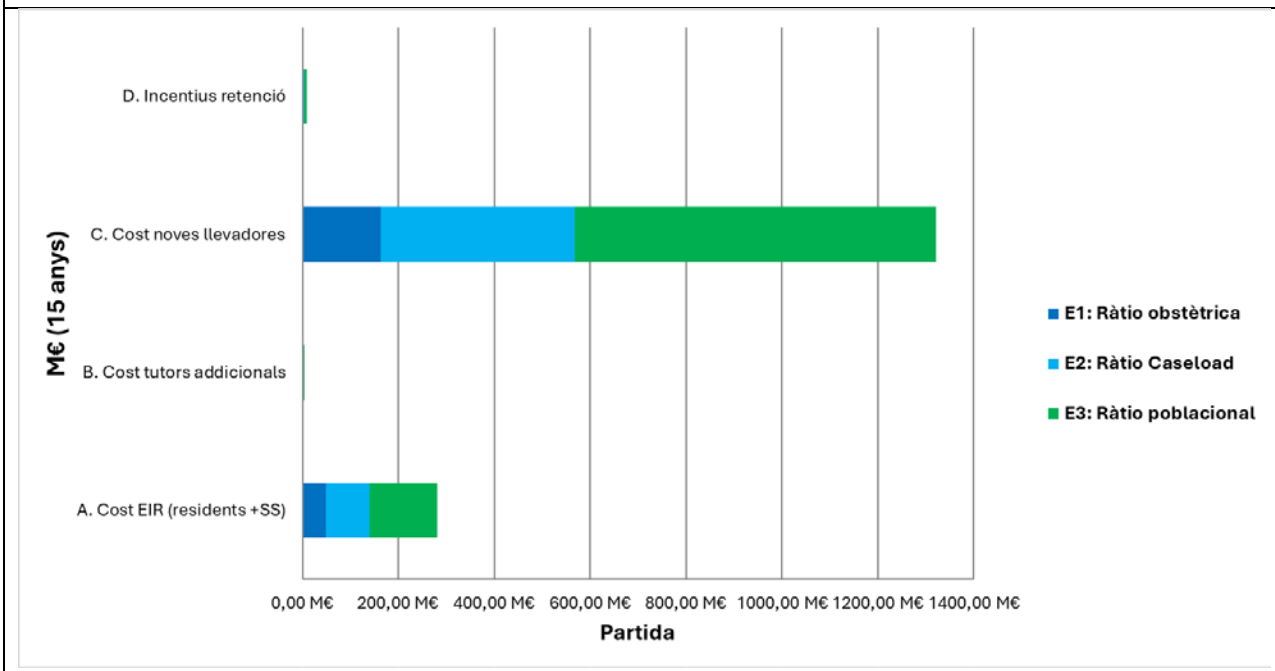
Les Figures 13 i 14 mostren el desglodament del cost incremental i global pels propers 15 anys per cadascuna de les partides i per escenari.

Figura 13: Desglosament del cost incremental en 15 anys per cada partida i per cadascun dels escenaris (2026-2040)



Font pròpia.

Figura 14: Cost global en 15 anys per cadascuna de les partides i per escenari (2026-2040)



Font pròpia.

Impacte econòmic de les llevadores en el sistema sanitari

El desenvolupament d'un model assistencial de futur exigeix el reconeixement efectiu de la pràctica clínica de les llevadores tant en l'atenció primària com en l'àmbit hospitalari. La seva integració estructural en els circuits assistencials no només respon a criteris de qualitat i seguretat clínica, sinó també a principis d'eficiència econòmica. L'evidència acumulada en els darrers anys confirma que els models d'atenció liderats per llevadores, especialment en embarassos de baix risc, generen millors resultats de salut materno-fetal amb un ús més racional dels recursos sanitaris.

Millora dels resultats clínics i reducció d'intervencions

Les revisions sistemàtiques recents indiquen que els models d'atenció dirigits per llevadores, i comparats amb models assistencials liderats per metges, poden ser cost-efectius o fins i tot generadors d'estalvi per al sistema sanitari. Una revisió sistemàtica de Martin, Ayoub i Miller (2023), que analitza l'evidència disponible sobre el cost efectivitat de diferents models d'atenció, conclou que els models liderats per llevadores tendeixen a oferir un bon valor per diners, tot i que la qualitat metodològica de molts estudis segueix essent limitada i cal més investigació específica. En particular, aquests models poden reduir intervencions costoses, com cesàries innecessàries, i optimitzar l'ús de recursos sanitaris en poblacions de baix risc.

La revisió Cochrane de Sandall et al. (2016) constitueix una de les bases empíriques més sòlides en aquest àmbit. Els autors conclouen que els models de continuïtat assistencial liderats per llevadores redueixen de manera significativa la probabilitat de cesària, part instrumental i ús d'analgèsia epidural, alhora que incrementen la probabilitat de part vaginal espontani i milloren la satisfacció materna. A més, s'associen amb una reducció del part prematur, fet que té implicacions clíniques i econòmiques de gran rellevància.

Aquesta evidència ha estat reforçada recentment per la metaanàlisi de Sriram et al. (2024), que inclou aproximadament 1,4 milions d'embarassos i confirma que l'atenció liderada per llevadores en gestacions de baix risc es relaciona amb menors taxes de cesària i d'intervencions obstètriques sense increment de resultats adversos neonatals.

En l'àmbit estatal, (García-Pintor et al.,2024), assenyalen que aquest model assistencial també s'associa amb millors indicadors de salut materna i neonatal i amb un increment de les taxes de lactància materna. La reducció d'intervencions i complicacions implica una menor exposició a riscos clínics i una disminució del consum de recursos hospitalaris, aspecte directament vinculat amb l'eficiència del sistema.

Cost-efectivitat i impacte pressupostari

Des d'una perspectiva econòmica global, el State of the World's Midwifery Report 2021, elaborat per l'United Nations Population Fund (UNFPA), la World Health Organization (WHO) i la International Confederation of Midwives (ICM), assenyala que la inversió en llevadores és altament cost-efectiva. L'informe estima que una cobertura adequada d'intervencions essencials proporcionades per llevadores podria prevenir fins al 67% de les morts maternes i neonatals evitables, amb una relació cost-benefici favorable per als sistemes de salut (UNFPA, WHO & ICM, 2021). La reducció de mortalitat i morbiditat comporta un impacte econòmic positiu no només en despesa sanitària directa, sinó també en costos socials i productivitat a llarg termini.

La International Confederation of Midwives (2025) ha publicat un *evidence brief* que mostra que invertir en llevadores no solament beneficia la salut, sinó que genera retorns econòmics extraordinaris —incloent creixement econòmic, equitat sanitària i reducció de costos hospitalaris— amb models de cura que poden produir fins a fins a 16 vegades de retorn de la inversió (ROI) per reduir la sobre medicalització i optimitzar l'ús de recursos. Aquest enfocament permet alliberar capacitat hospitalària per a casos

d'alt risc i redueix despeses vinculades a intervencions innecessàries i estades prolongades.

La literatura recent indica que els models liderats per llevadores són, en general, cost-efectius i, en determinats contextos, poden generar estalvi net. La revisió sistemàtica de Martin et al. (2023) conclou que la disminució d'intervencions quirúrgiques, la reducció de complicacions i l'adequació dels circuits assistencials expliquen bona part de l'eficiència observada. L'estudi destaca que els models amb major autonomia professional de les llevadores en l'atenció a l'embaràs de baix risc mostren millors ràtios cost-resultat en comparació amb models predominantment medicalitzats.

En l'àmbit europeu, l'avaluació econòmica realitzada per Gonçalves et al. (2025) a Portugal confirma que l'atenció liderada per llevadores en embarassos de baix risc és una estratègia eficient des del punt de vista pressupostari, mantenint o millorant els resultats clínics sense incrementar la despesa global. Aquesta evidència és especialment rellevant per a sistemes sanitaris públics amb pressió creixent sobre els recursos hospitalaris.

En contextos d'ingressos elevats, l'evidència econòmica també és consistent. Un estudi d'anàlisi de costos realitzat als Estats Units va demostrar que l'atenció al part de baix risc liderada per llevadores en entorns hospitalaris s'associa a menors taxes de cesària i a costos globals inferiors per episodi assistencial, sense comprometre la seguretat materna ni neonatal (Attanasio & Kozhimannil, 2018). De manera similar, estudis de modelització econòmica han mostrat que la reducció de cesàries innecessàries comporta un estalvi significatiu per als sistemes sanitaris, atès el major cost associat a la cirurgia, les complicacions postoperatòries i les implicacions en embarassos futurs (Sandall et al., 2016).

Aplicat al context espanyol, on la taxa de cesàries se situa per sobre del 20% segons dades del Ministerio de Sanidad (2023), una reducció moderada d'intervencions

en embarassos de baix risc podria comportar un impacte econòmic agregat significatiu. Atès que la cesària implica major cost quirúrgic, anestèsic i d'estada hospitalària que el part vaginal, la seva reducció té un impacte directe en estalvi pressupostari, a la qual cal sumar els costos evitats derivats de complicacions postoperatòries i riscos en embarassos futurs.

Dotació professional, condicions laborals i costos indirectes

L'impacte econòmic dels models assistencials no pot desvincular-se de les condicions de treball i de la dotació adequada de professionals. La revisió sistemàtica de Mattock et al. (2025), centrada en països de l'OCDE, evidencia que una càrrega assistencial elevada en llevadores s'associa a pitjors resultats materns i neonatals, així com a un increment de complicacions evitables. Aquestes complicacions generen costos addicionals derivats d'estades hospitalàries prolongades, reingressos i major ús de recursos especialitzats.

En aquest sentit, un estudi realitzat pel Col·legi Oficial d'infermeres i infermers de Tarragona l'any 2023, el 70 % de les llevadores col·legiades treballen en més d'un lloc de treball, com una conseqüència directa de la manca estructural de professionals en el sistema sanitari. Aquesta insuficiència de personal fa que la continuïtat del servei depengui de la capacitat de les llevadores en actiu per assumir jornades de 37,5 i 60 hores setmanals. En definitiva, les dades de pluriocupació i l'elevat volum d'hores extres evidencien que l'actual sistema de salut no disposa d'una ràtio de llevadores suficient, essent el sobreesforç de la plantilla disponible l'únic mecanisme que permet pal·liar la manca real de llevadores al territori i garantir la cobertura de serveis

Millorar les condicions laborals, estabilitzar plantilles i garantir dotació assistencial adequada no només contribueix al benestar professional, sinó que impacta directament en la qualitat assistencial i en la sostenibilitat econòmica. L'OMS ha assenyalat que la inversió en professionals d'infermeria i llevadoria és un element clau per garantir sistemes sanitaris resilients i eficients (WHO, 2020). Per tant,

l'establiment en condicions laborals adequades a mes de tenir un component ètic i professional, sinó també un impacte econòmic indirecte en reduir malalties professionals com el bournout, la rotació i els errors assistencials que poden comprometre la seguretat del pacient.

Retorn de la inversió i sostenibilitat del sistema sanitari

Considerades en conjunt, les dades disponibles permeten afirmar que la inversió en llevadores genera un retorn múltiple. Des del punt de vista clínic, es tradueix en millors resultats materns i neonatals amb menor intervencionisme. Des del punt de vista econòmic, implica una reducció de costos directes associats a procediments quirúrgics i complicacions, així com de costos indirectes vinculats a morbiditat, reingressos i impacte en embarassos futurs. Aquest equilibri entre qualitat i eficiència posiciona la llevadoria com una estratègia clau per reforçar la sostenibilitat dels sistemes de salut en un context d'augment de la demanda assistencial i de limitació pressupostària.

Reconeixement de la categoria professional

El reconeixement professional i social constitueix un element clau per reforçar el prestigi de les llevadores dins del sistema sanitari públic i privat, així com per garantir el reconeixement efectiu per part de la resta de professionals de la salut i de la societat en general. Aquest reconeixement no només contribueix a visibilitzar la seva aportació específica en l'àmbit de la salut sexo efectiva i reproductiva, sinó que també consolida la seva identitat professional i el seu marc competencial propi.

En aquest sentit, cal destacar que la pràctica de la llevadoria va ser inscrita el desembre de 2023 a la Llista Representativa del Patrimoni Cultural Immaterial de la Humanitat per la UNESCO, en reconeixement als coneixements, habilitats i pràctiques associades a l'atenció durant l'embaràs, el part i el postpart (UNESCO, 2023). Aquesta distinció internacional suposa un reconeixement extraordinari per a les llevadores, atès

que posiciona la seva pràctica professional com un bé cultural que els Estats i les societats han de preservar, protegir i promoure.

En l'àmbit normatiu europeu, la Directiva 2005/36/CE del Parlament Europeu i del Consell de la Unió Europea regula el reconeixement de qualificacions professionals, incloent-hi la professió de llevadora, i estableix els requisits mínims de formació així com els mecanismes per garantir la lliure circulació de professionals dins la Unió Europea (Parlament Europeu i Consell de la Unió Europea, 2005).

Una característica singular de l'especialitat de llevadora és que constitueix l'única especialitat infermera que exigeix obligatòriament la possessió del títol oficial corresponent per poder exercir les seves competències. A diferència d'altres especialitats infermeres, no és possible exercir funcions pròpies de llevadora sense l'especialització oficial. Aquesta exclusivitat competencial implica que una infermera generalista o amb una altra especialitat no pot assumir les competències pròpies de la llevadora ni substituir-la legalment en l'exercici de les seves funcions, d'acord amb el marc regulador de les especialitats infermeres (Reial decret 450/2005).

Cal subratllar que l'especialitat de llevadora no ha estat objecte d'accés per via excepcional, a diferència d'altres especialitats infermeres, sinó que històricament ha mantingut una via formativa reglada i estructurada. Tanmateix, conviu amb professionals formades en altres països que han obtingut el reconeixement o l'homologació del títol conforme als mecanismes previstos per la normativa europea i estatal.

Pel que fa a la classificació professional dins del sector públic, l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic (EBEP) estableix els subgrups de classificació en funció del nivell de titulació exigit (Reial decret legislatiu 5/2015). Actualment, les llevadores estan incloses en el subgrup A2, classificació que no reconeix específicament el caràcter obligatori de l'especialització ni la càrrega formativa addicional requerida per a l'exercici professional.

Per obtenir el títol de llevadora a Espanya és necessari cursar el grau universitari en Infermeria (240 crèdits ECTS), corresponent al nivell 2 del Marc Espanyol de Qualificacions per a l'Educació Superior (MECES) (Reial decret 1027/2011), i posteriorment superar una formació especialitzada via residència amb una durada de dos anys a temps complet. Aquesta trajectòria formativa comporta una càrrega global superior als 360 crèdits ECTS, assimilable en volum a titulacions classificades en nivells superiors de qualificació acadèmica, el que equivaldria a un MECES de nivell 3.

Actualment, en el marc de les propostes de reforma de l'Estatut Marc del personal estatutari dels serveis de salut (Llei 55/2003), s'ha plantejat la possibilitat de revisar la classificació professional de determinats col·lectius sanitaris amb alta càrrega formativa, entre els quals s'inclourien les llevadores. Aquesta revisió permetria equiparar-ne el reconeixement professional i retributiu al d'altres professions sanitàries amb itineraris formatius superiors als 300 crèdits ECTS. No obstant això, a la data d'aquest informe, aquesta modificació normativa encara no s'ha materialitzat, i les llevadores continuen incloses en el subgrup A2.

Finalment, la dificultat estructural en la formació de noves llevadores —derivada del nombre limitat de places de formació especialitzada, l'elevada demanda d'accés i la creixent necessitat assistencial, genera un efecte de "coll d'ampolla" en el sistema. Aquesta situació ha obert el debat sobre la possibilitat d'implementar vies formatives alternatives, com ara un grau universitari específic en llevadoria, similar als models existents en altres països de la Unió Europea, amb l'objectiu de garantir una resposta adequada a les necessitats del sistema sanitari i de la població.

Tanmateix, aquesta proposta no es considera resolutiva a curt termini, ateses les dificultats que comporta la creació d'un nou grau universitari i la manca d'evidències sobre la seva viabilitat dins del nostre sistema. En aquest sentit, l'ampliació de les places de formació sanitària especialitzada dins del marc normatiu actual es presenta com una opció més factible per garantir la formació del nombre necessari de llevadores durant la pròxima dècada.

És imprescindible, per tant, establir mecanismes de col·laboració amb les administracions i les comunitats autònomes per tal d'incrementar de manera substancial les places de formació a tot l'Estat espanyol, amb l'objectiu de respondre adequadament a les necessitats poblacionals en l'àmbit de la salut afectiva, sexual i reproductiva. Igualment, cal impulsar estratègies que permetin al sistema sanitari desenvolupar una major capacitat per fidelitzar i retenir el talent professional.

Limitacions

En quan a la situació laboral de les llevadores, actualment, no existeix una base de dades oficial que reculli de manera sistemàtica les places laborals estructurals de les llevadores. En conseqüència, no és possible consultar en cap registre públic la distribució ni la planificació d'aquestes places, ja que tampoc estan programades de forma centralitzada.

Els col·legis professionals no recullen de forma sistemàtica les causes de les baixes laborals ni els motius reals dels trasllats entre llocs de treball. Aquesta manca d'informació dificulta la identificació de factors de risc, condicions laborals adverses o dinàmiques de mobilitat professional.

No existeixen estudis previs que analitzin aquesta qüestió amb detall, per la qual cosa aquest treball constitueix una aportació pionera en l'àmbit.

A més, pot existir una petita proporció de professionals no correctament identificades als col·legis oficials com a especialistes, malgrat que aquestes institucions en sol·licitin reiteradament la regularització. Aquesta limitació pot generar distorsions en el recompte real de professionals actives.

Segons les dades del Instituto Nacional de Estadística (INE), les xifres disponibles no coincideixen amb les provinents dels col·legis professionals, ja que inclouen els professionals jubilats, la qual cosa suggereix discrepàncies en els criteris

de registre o actualització de les dades, i no mostren una imatge real dels recursos de professionals existents.

També s'han detectat dificultats per identificar amb precisió els àmbits de treball de les llevadores, especialment pel que fa a l'activitat docent, de recerca i d'àmbit privat.

Cal considerar a més que el càlcul de necessitats de llevadores s'ha basat en les recomanacions de la OMS i la ICM, les quals estan desactualitzades i obsoletes, ja que la raó d'una llevadora per cada 175 parts no es pot considerar un Gold Standard actualment, essent aquest una visió reduccionista de les competències de les llevadores, les quals no es limiten a l'assistència i atenció al part, sinó també insuficient per cobrir les necessitats d'atenció de les persones en la salut afectiva, sexual i reproductiva al llarg del cicle vital.

Si es considera com a Gold Standard la ratio de 10 llevadores per cada 10.000 dones en edat reproductiva, clarament Catalunya està en posició d'avantatge en comparació a altres territoris de l'Estat, però precisament per aquest motiu es pot afavorir que les llevadores formades a Catalunya no es fidelitzin aquí, ja que la ràtio a la resta de l'estat és més baixa i per tant hi ha més dèficit de llevadores, el que podria tendir a induir la mobilitat.

Finalment, la heterogeneïtat en el desplegament de la cartera de serveis del Departament de Salut al llarg del territori, dins del model actual d'atenció, limita en alguns casos el desenvolupament complet de les competències professionals de les llevadores. Aquesta situació genera iniquitats en l'atenció a les usuàries i dificulta el càlcul real de les necessitats de professionals en cada àrea assistencial.

Conclusions

El perfil demogràfic de les llevadores catalanes revela una concentració de professionals en l'etapa de 30-50 anys, amb una presència minoritària de cohort jove, configurant un escenari crític per a la renovació generacional i la viabilitat a llarg termini (10-20 anys). Es proposa, per tant, activar estratègies de promoció professional, optimitzar la incorporació laboral de les especialistes de nova titulació i establir plans successoris vinculats a les jubilacions, amb l'objectiu d'assegurar així la continuïtat i l'excel·lència en l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva en tot Catalunya.

Les dades analitzades posen de manifest un dèficit estructural significatiu i rellevant de llevadores que compromet greument l'atenció especialitzada en salut afectiva, sexual i reproductiva, evidenciant un sistema assistencial sobre exigit i sobrecarregat que es manté funcional.

Altrament podem demostrar que la ràtio obstètrica és obsoleta, perquè simplifica en excés la càrrega assistencial i no reflecteix la complexitat ni la variabilitat de l'atenció obstètrica i no té en compte l'atenció ginecològica actual i és insuficient per mantenir l'activitat mínima de la cartera de serveis del Departament de Salut.

Per altra, la ràtio de caseload (65,0 gestants/llevadora/any) supera en un 62% el màxim recomanat per l'ICM (40 gestants/any), i la ràtio poblacional (4,11/10.000 dones) és el 41% de l'estàndard OMS. Ambdós indicadors confirmen un dèficit estructural que no pot abordar-se sense un pla formatiu sostingut i una política activa de retenció i fidelització de professionals.

Les jubilacions previstes entre 2026 i 2040 (24,1% del registre) generen una pressió de reposició ,que l'oferta formativa actual, no pot absorbir sense deixar un dèficit acumulat. Calen, com a mínim, 90–120 places EIR anuals (Escenari 2) per mantenir un saldo positiu sostenible.

La definició d'un model de futur en l'àmbit de l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva ha de situar a la llevadora com a figura central tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció comunitària, dins dels sectors públic i privat, incloent-hi l'exercici lliure de la professió. L'assoliment d'aquest objectiu requereix **una estimació acurada del nombre actual de professionals**, així com **una previsió de les necessitats futures** i del seu impacte en la salut de la població.

Per a la implementació d'aquest model és imprescindible **desenvolupar, dins dels serveis de salut, la normativa, els procediments i els protocols necessaris** que permetin desplegar de manera efectiva les competències de les llevadores en matèria de salut afectiva, sexual i reproductiva. Igualment, cal garantir **la seva protecció davant l'intrusisme professional** per part d'altres perfils que no disposin de la mateixa formació o competència. Aquesta situació d'intrusisme pot comprometre la salut de les dones i de les seves famílies i el dret de les dones a **escollir lliurement el lloc i la manera com volen ser acompanyades durant la gestació, el part i el postpart**, especialment a causa del **dèficit de professionals** que exerceixen de manera autònoma o en l'àmbit privat.

En aquest context, es proposa:

- **Fomentar i incorporar una atenció individualitzada** sota el model *one-to-one*, on una llevadora acompanya de manera continuada cada dona, amb l'objectiu de **reduir les intervencions innecessàries** durant seguiment de l'embaràs i l'assistencia i acompanyament al part. Cal tenir en compte la complexitat actual de l'atenció obstètrica intrapart i preveure l'assistència al part normal, incorporant les llevadores en l'atenció al postpart immediat i precoç en l'àmbit hospitalari.

- **Evitar la sobre utilització d'intervencions tocúrgiques** en els parts normals, promovent el **lideratge de les llevadores** en la racionalització dels recursos sanitaris i la millora de la qualitat assistencial.
- **Impulsar, des de les administracions públiques, la implantació efectiva de l'Estratègia d'Atenció al Part Normal** i del **Pla d'Atenció a la Salut Afectiva,**

Sexual i Reproductiva, en què s'estableix que la llevadora és el **professional idoni per atendre situacions de baix risc** i prevenir possibles complicacions.

Davant l'augment progressiu de la demanda d'aquestes professionals, és fonamental **adoptar mesures urgents per ampliar les places de formació** i **millorar les condicions laborals** amb l'objectiu d'atreure i fidelitzar les llevadores dins del sistema sanitari català. També cal implementar **incentius econòmics i formatius** que afavoreixin la permanència de les residents un cop finalitzada la seva formació, així com **estratègies de captació de talent** provinents d'altres comunitats autònomes o de l'àmbit europeu, oferint condicions atractives de desenvolupament professional i econòmic.

L'**augment del nombre de places acreditades** representa un pas imprescindible per garantir una cobertura adequada de les necessitats assistencials i, alhora, **assegurar el dret a la salut afectiva, sexual i reproductiva de la ciutadania**. En aquest sentit, **és necessari un compromís ferm per part de les autoritats catalanes i estatals** per assegurar aquesta expansió formativa i professional. A més el cost incremental del pla recomanat (Escenari 2) és de 3,02 M€/any, el 0,030% del pressupost de Salut de Catalunya. Aquesta xifra podría confirmar la viabilitat econòmica de la intervenció i la situa en el rang de les inversions de baix cost i alt impacte en salut pública.

Pel que fa a l'impacte econòmic dels models liderats per les llevadores, no es limita només al cost-efectivitat, sinó també a l'ús de recursos i al model assistencial; en alguns contextos, poden ser una opció amb cost raonable, ja que, redueixen intervencions innecessàries i s'organitzen de manera eficient. Apostar per aquest model no és només una qüestió de drets i qualitat assistèncial, sinó una decisió estratègica clau per a l'eficiència i la sostenibilitat del sistema de salut.

Addicionalment, es considera essencial **garantir la presència de llevadores en els espais de decisió política i organitzativa**, especialment en aquells àmbits que

afecten la salut sexual, afectiva i reproductiva o el desenvolupament professional de la disciplina. Aquesta representació permetria incorporar una visió especialitzada, integral i fonamentada en l'evidència científica.

El **perfil competencial de la llevadora** s'ajusta a les recomanacions de la **Confederació Internacional de Llevadores (ICM)** i a les directrius de la **Unió Europea**, segons l'article 55 del **Reial decret 1837/2008, de 8 de novembre**, que defineix l'exercici professional d'acord amb l'evolució dels coneixements científics i les demandes socials actuals. Aquest perfil integra no només les funcions assistencials, sinó també **la promoció i prevenció en salut,** responent a un model sanitari centrat en l'apoderament femení i l'autonomia de la persona.

A més, la llevadora **actua com a garant dels drets sexuals i reproductius de les dones**, vetllant per la prevenció de la **violència de gènere i obstètrica**, així com per la defensa del respecte i la dignitat en tots els processos de maternitat. En aquest sentit, cal destacar que les llevadores, com a membres del **Consell Nacional de Dones de Catalunya**, van contribuir decisivament al **reconeixement de la violència obstètrica com una forma de violència masclista**, incorporada a la **Llei 17/2020, de 22 de desembre**, modificació de la **Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista** (article 4).

Bibliografía

- Agencia Estatal *Boletín Oficial del Estado*. (1953, 29 de desembre). *Boletín Oficial del Estado* (núm. 363). https://www.boe.es/gazeta/dias/1953/12/29/pdfs/BOE-1953-363.pdf
- Agencia Estatal *Boletín Oficial del Estado*. (1977, 2 d'abril). *Boletín Oficial del Estado* (núm. 79, pàg.A7425-A7426). https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/02/pdfs/A07425-07426.pdf
- Alcaraz-Vidal, L., Escuriet, R., Sàrries Zgonc, I., & Robleda, G. (2021). Planned homebirth in Catalonia (Spain): A descriptive study. *Midwifery, 98*, 102977. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102977
- Alonso-Colon M, Ramis-Prieto R. Partos por cesárea en España (2010-2018). Boletín Epidemiológico Semanal. 2023;31(1):44-55.
- Amat-Giménez, M. I., Armelles-Sebastià, M., Asso, L., Buira-Mèlich, E., Cabedo-Ferreiro, R., Carreras-Moratonas, E., et al. (2020). *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya* (2a ed.). Secretaria de Salut Pública de Catalunya. https://hdl.handle.net/11351/1203.2
- Asociación Española de Matronas. (1978). *Petición a la Confederación Internacional de la ICM (Jerusalén, septiembre 1978)*. https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/10.Peticion.pdf
- Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya, & Associació Catalana de Llevadores. (2018). *Guia d'assistència al part a casa*. https://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf
- Bjerga, A., Severinsson, E., & Grøndahl, V. A. (2019). Women's experiences of midwife-led continuity models in maternity care: A systematic review. *Midwifery, 77*, 35–45. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.015
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6

- Bouza, E., García Navarro, J. A., Alonso, S., Durán Alonso, J. C., Escobar, C., Fontecha Gómez, B. J., Galvá Borrás, M. I., García Rojas, A. J., Gómez Pavón, F. J., Gracia, D., Gutiérrez Rodríguez, J., Kestler, M., Martínez Cuervo, F., Martín Sánchez, F. J., Melero, C., Menéndez Villanueva, R., Muñoz, P., Palomo, E., Pérez-Castejón Garrote, J. M., Serra Rexach, J. A., Santaeugenia, S. J., Tarazona Santabalbina, F. J., & Vidán Astiz, M. T. (2023). *Infection control in long term care institutions for the elderly: A reflection document on the situation in Spain*. Revista Española de Quimioterapia, 36(4), 346–379. https://doi.org/10.37201/req/002.2023

- Boyce, M. R., Nove, A., Drandić, D., White, J., Dunkley-Bent, J., & af Ugglas, A. (2026). *A critical crisis persists: Updated estimate of global midwife shortage requires urgent action*. *Women and Birth, 39*(1), 102161. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2026.102161

- Boyce, M. R., Nove, A., Drandić, D., White, J., Dunkley-Bent, J., & af Ugglas, A. (2026). *A critical crisis persists: Updated estimate of global midwife shortage requires urgent action*. *Women and Birth, 39*(1), 102161. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2026.102161

- Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2019). Achieving the health workforce sustainable development goals. International Council of Nurses. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029553

- Cellissen, E., Hendrix, M., Vogels-Broeke, M., Budé, L., & Nieuwenhuijze, M. (2025). *Exploring women's perceived quality of antenatal care: A cross-sectional study in The Netherlands.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 22(9), 1392. https://doi.org/10.3390/ijerph22091392

- Consejo General de Enfermería. (2024, 3 de mayo). *Ocho de cada diez matronas españolas conocen casos de intrusismo profesional que ponen en riesgo la salud de madres y recién nacidos* [Nota de prensa]. https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/20-notas-de-prensa/2662-ocho-de-cada-diez-matronas-espanolas-conocen-casos-de-intrusismo-profesional-que-ponen-en-riesgo-la-salud-de-madres-y-recien-nacidos

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya & Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. (2023). *Anàlisi de les necessitats d'infermeres especialistes familiars i comunitàries a l'atenció primària i salut comunitària* (Desembre 2023). Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Informe-ANALISI-FiC-Necessitats-CCIIC-Desembre-2023.pdf

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya & Comissió d'Infermeres Especialistes en Salut Mental (2023). *Anàlisi de les necessitats d'infermeres especialistes en salut mental a Catalunya* (Octubre 2023). Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Informe-SALUT-MENTAL-A-CATALUNYA-Octubre-2023.pdf

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC). (2023, 12 de gener). *Comunicat: Reobertura del Centre de Naixements de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (FHSJDM)*. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/230112-CCIIC-Comunicat-Reobertura-Centre-de-Naixements-FHSJDM.pdf

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2016). *L'atenció a la maternitat a diferents països: la contribució de la llevadora* (1ª ed.). https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/12/2016-Latenci%C3%B3-a-la-maternitat-a-diferents-pa%C3%AFsos.pdf?utm_source

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2023, 5 de maig). *Catalunya a la cua de l'estat en llevadores: formació i inversió urgents* [Notícia] https://www.consellinfermeres.cat/ca/noticies/catalunya-a-la-cua-de-lestat-en-llevadores-formacio-i-inversio-urgents/?utm_source

- Consell de les Comunitats Europees. (1980, 21 de gener). *Directiva 80/155/CEE del Consell, de 21 de gener de 1980, sobre la coordinació de les disposicions legals, reglamentàries i administratives relatives a l'accés a les activitats de matrona o assistent obstètric i l'exercici d'aquestes* (Diari Oficial de les Comunitats Europees núm. L 33, p. 8–12). https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31980L0155&utm_source

- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (3a ed.). https://hdl.handle.net/11351/1204

- Departament de Salut. (2015, 21 de juliol). *Decret 165/2015, de 21 de juliol, de formació sanitària especialitzada a Catalunya* (DOGC núm. 6919, 23 de juliol de 2015). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. https://cido.diba.cat/legislacio/6132797/decret-1652015-de-21-de-juliol-de-formacio-sanitaria-especialitzada-a-catalunya-departament-de-salut?utm_source

- Departament de Salut. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (3a ed.). Generalitat de Catalunya. https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1204?locale-attribute=es&show=full&utm_source

- *El País.* (1991, 14 de novembre). *España, ante la Comisión Europea por la formación de matronas* [Article de diari]. *El País* *https://elpais.com/diario/1991/11/14/sociedad/690073210_850215.html*

- España. (2011). *Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado*. Boletín Oficial del Estado.

- Espanya. (2011). *Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado*. Boletín Oficial del Estado, 35, 10 de febrero de 2011. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-2541&utm_source

- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2023). *Desarrollo de la profesión de matrona en España: retos y recomendaciones* (Informe Análisis FAME 2023). Crowe. https://federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2024/01/Informe-Analisis-FAME-2023-VF110423.pdf?utm_source

- Galera-Barbero, T. M., & Aguilera-Manrique, G. (2021). *Planned home birth in low-risk pregnancies in Spain: A descriptive study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(7), 3784. https://doi.org/10.3390/ijerph18073784

- García-Pintor, S., Barba Jiménez, I., Hachero Rodríguez, C., Agea-Cano, I., Mejías Paneque, C., Barbosa Chaves, M. J., & Caparros-Gonzalez, R. A. (2024). Cuidados de las matronas: impacto en la salud materna, neonatal y costes económicos: una revisión paraguas. *Matronas Hoy, 12*(3), 25–38.

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2007). *Cartera de serveis de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció primària (ASSIR)* (1a ed., Planificació i Avaluació; 14). Direcció General de Planificació i Avaluació. https://www.llevadores.cat/images/img/publicacions/CarteraServeis_ASSIR.pdf?utm_source

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (s. d.). *Atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva.* Recuperat el 1 de març de 2026. https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/index.html?utm_source

- Generalitat de Catalunya. (2019, 4 de novembre). *El Fòrum de Diàleg Professional conclou el primer full de ruta de polítiques de professionals de salut de Catalunya* [Nota de premsa]. Govern de la Generalitat de Catalunya. https://govern.cat/salapremsa/notes-premsa/378819/el-forum-de-dialeg-professional-conclou-el-primer-full-de-ruta-de-politiques-de-professionals-de-salut-de-catalunya.

- Generalitat de Catalunya. (2019, 5 de març). *Vergés la creació de l'Observatori de les professions sanitàries per fer seguiment dels acords del Fòrum de diàleg professional* [Nota de premsa]. Govern de la Generalitat de Catalunya. https://govern.cat/salapremsa/notes-premsa/336542/verges-anuncia-creacio-observatori-professions

- Generalitat de Catalunya. (2021). *Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista* (BOE-A-2021-464). https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17?utm_source

- Gonçalves, A. S., Prata, A. P., McCourt, C., Ssegonja, R., & Sampaio, F. (2025). Economic evaluation and budget impact analysis of midwifery-led care for low-risk pregnancies in Portugal. *Women and Birth, 38*(6), 102109. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2025.102109

- Govern de Catalunya. (2022). Acord sobre les retribucions del personal infermer/a resident en formació de l'ICS i del SISCAT. Generalitat de Catalunya.

- Hadebe, R., Seed, P. T., Essien, D., Headen, K., Mahmud, S., Owasil, S., Fernandez Turienzo, C., Stanke, C., Sandall, J., Bruno, M., Khazaezadeh, N., & Oteng-Ntim, E. (2021). Can birth outcome inequality be reduced using objectiued caseload midwifery in a deprived diverse inner city population? A retrospective cohort study, London, UK. BMJ open, 11(11), e049991. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049991

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5

- Institut Català de la Salut. (2024). III Acord de Condicions de Treball del Personal Estatutari de l'Institut Català de la Salut [DOGC núm. 9085, 23 de gener de 2024]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). (2025). *Edat mitjana de la maternitat* Idescat. https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10090&t=201200

- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). (2025). Població a 1 de gener. Per sexe i grups d'edat a Catalunya. https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15231

- Institut d'Estadística de Catalunya. (2024a). Estadística de Naixements: Dades provisionals 2024. Idescat. https://www.idescat.cat

- Institut d'Estadística de Catalunya. (2024b). Estimacions de Població definitives, 1 de gener de 2024. Idescat. https://www.idescat.cat

- International Confederation of Midwives. (2021). ICM global standards for midwifery education (2021). ICM. https://www.internationalmidwives.org

- Kuipers, Y., Aitken-Arbuckle, A., Jenkins, H., Watson, S., King, M., & Zemouri, C. (2026). Midwife continuity of care: A systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies. *International journal of nursing studies*, *174*, 105300. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105300

- *Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. (2011, 1 de agosto).* Boletín Oficial del Estado (184), 87495–87544. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-13242

- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (2003). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 301, de 17 de diciembre de 2003. https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55

- Llei 27/2011, d'1 d'agost, sobre actualització, adequació i modernització del sistema de la Seguretat Social. (2011). Boletín Oficial del Estado, 184, 87495–87544.

- Maas, A. H. E. M., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H., Kunadian, V., Laan, E., Lambrinoudaki, I., Maclaran, K., Panay, N., Stevenson, J. C., van Trotsenburg, M., i Collins, P. (2021). Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: A consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*, *42*(10), 967–984. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044

- Maas, A. H. E. M., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H., et al. (2021). *Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions*. European Heart Journal, 42(10), 967–984. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044

- Maas, V. Y., Poels, M., Lamain-de Ruiter, M., et al. (2021). *Associations between periconceptional lifestyle behaviours and adverse pregnancy outcomes*. BMC Pregnancy and Childbirth, 21, 492. https://doi.org/10.1186/s12884%E2%80%91021%E2%80%9103935%E2%80%91x

- Martin, E., Ayoub, B., & Miller, Y. D. (2023). A systematic review of the cost-effectiveness of maternity models of care. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, 859. https://doi.org/10.1186/s12884-023-06134-4

- Mattock, R., Bojke, C., Wright, J., & Stacey, T. (2025). The impact of midwife workload on delivery of care, and mother and baby outcomes in maternity settings in OECD countries: A systematic review. *PLOS ONE, 20*(7), e0329117. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329117

- Ministeri de Sanitat. (2024). Oferta de places de Formació Sanitària Especialitzada 2024–2025. Ministeri de Sanitat, Govern d'Espanya. https://fse.sanidad.gob.es/fseweb/#/principal/formacionEspecializadaSanitaria/programas

- Ministerio de la Presidencia. (2005, 22 de abril). *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.* Boletín Oficial del Estado (España), núm. 108, de 06/05/2005. https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con?utm_source

- Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. (1987, 3 de julio). *Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista* (BOE núm. 183, de 1 de agosto de 1987). https://www.consejogeneralenfermeria.es/images/RD_992_1987_de_3_julio_de_1987.pdf

- Ministerio de Sanidad y Consumo / Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.* https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf?utm_source

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf?utm_source

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009, 28 de mayo). *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).* Boletín Oficial del Estado (España), núm. 129, pp. 44697-44729. https://www.boe.es/eli/es/o/2009/05/06/sas1349?utm_source

- Ministerio de Sanidad, & Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf?utm_source

- Ministerio de Sanidad. (2009). *Maternidad hospitalaria: Estándares y recomendaciones* (Informe, 233 p.). Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/AHP.pdf?utm_source

- Ministerio de Sanidad. (s. f.). *Formación sanitaria especializada: Programas formativos*.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Safe midwife staffing for maternity settings*.

- Nove, A., Sochas, L., Boyce, M. R., & Campbell, J. (2021). The projected effect of increasing coverage of maternal health interventions on maternal mortality: A modelling study. BMC Public Health, 21, 659. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10638-y

- *Orden de 1 de junio de 1992, por la que se aplica con carácter provisional el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).* Boletín Oficial del Estado (España), núm. 132, de 02/06/1992. https://www.boe.es/eli/es/o/1992/06/01/(1)?utm_source

- Organització Mundial de la Salut. (2026). *Salut sexual*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

- Organización Colegial de Enfermería, Asociación Española de Matronas & Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2022, 5 de maig). *La escasez de matronas en España pone en riesgo la seguridad y la salud reproductiva de las mujeres y los recién nacidos* [Comunicado de prensa]. Consejo General de Enfermería. https://www.ocez.net/sala-prensa/la-escasez-de-matronas-en-espana-pone-en-riesgo-la-seguridad-y-la-salud-reproductiva-de-las-mujeres-y-los-recien-nacidos-2/?utm_source

- Parlamento Europeo & Consejo de la Unión Europea. (2005). *Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales*. Diario Oficial de la Unión Europea. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32005L0036

- Pons-Duran, C., Carrillo-Aguirre, G., Torres-Pagès, G., Palau-Costafreda, R., Estrada-Sabadell, M.-D., & Vivanco-Hidalgo, R. M. (2025). *Evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad e impacto económico de los centros de nacimiento como alternativa a la atención al parto de bajo riesgo (al inicio del trabajo de parto) en el ámbito hospitalario* (Informe). Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/13813/evaluacion-seguridad-eficacia-efectividad-impacto-economico-centros-nacimiento-alternativa-atencion-parto-bajo-riesgo-inicio-trabajo-parto-ambito-hospitalario-2025.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. (2011). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 185, de 3 de agosto de 2011. https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/07/15/1027

- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. (2005). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 108, de 6 de mayo de 2005. https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450

- 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. (2015). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 261, de 31 de octubre de 2015. https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/5

- 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. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789 3

- Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, *4*(4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

- Santoyo-Sánchez, G., & Reyes-Morales, H. (2024). *Health needs of older people: a challenge for primary health care*. Gaceta Médica de México, 160(3), 249–256. https://doi.org/10.24875/gmm.24000070

- Sriram, S., Almutairi, F. M., & Albadrani, M. (2024). Midwife-led versus obstetrician-led perinatal care for low-risk pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine, 13*(20), 6629. https://doi.org/10.3390/jcm13206629

- Stones, W., & Nair, A. (2023). *Metrics for maternity unit staffing in low resource settings: Scoping review and proposed core indicator*. *Frontiers in Global Women's Health, 4*, 1028273. https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1028273

- Stones, W., & Nair, A. (2023). *Metrics for maternity unit staffing in low resource settings: Scoping review and proposed core indicator*. *Frontiers in Global Women's Health, 4*, 1028273. https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1028273

- Tracy, S. K., et al. (2013). *Caseload midwifery compared to standard or private obsttric care*. BMJ.

- UNESCO. (2023). *Partería: conocimientos, competencias y prácticas*. https://ich.unesco.org/es/RL/parteria-conocimientos-competencias-y-practicas-01968

- United Nations Population Fund, World Health Organization, & International Confedration of Midwives. (2021). *The state of the world's midwifery 2021: Building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ESv7131.pdf

- World Health Organization (WHO). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.

Autoria

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC)

Equip de treball

Sra. Marta Figueras Roldán	Vocal Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Girona
Sra. Gemma Martínez Santiago	Vocal Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Tarragona
Sra. Eva Adarve Hidalgo	Vocal Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Barcelona
Sra. Leyre Estallo Sanz	Vocal Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Lleida
Sra. Yolanda Garza Recio	Vicedegana CCIIC
Dra. Marta Roqueta Vall-llosera	Membre del Col·legi Oficial Infermeres i Infermers de Girona

Com citar aquest document

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (CCIIC).

Anàlisi de la necessitat de llevadores a Catalunya.

https://www.consellinfermeres.cat/ca/documents/publicacions/