

**UNIVERSITAT DE BARCELONA**

**Facultat de Filosofia**

**Departament de Filosofia Teorètica i Pràctica**

Programa de doctorat:

Filosofia, ètica i política

Bienni 2001-2003

Títol de la Tesi:

**Dones i Procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i  
la relació assistencial en embaràs i naixement**

Doctoranda: Josefina Goberna Tricas

Directora de la Tesi:

Dra. Margarita Boladeras Cucurella

Barcelona, març de 2009



## Agraïments

Quan vaig començar a escriure aquesta tesi i mentre em preparava per la seva redacció, mitjançant la consulta i lectura d'alguna altra, havia tingut la sensació que l'apartat d'agraïments constituïa una obligació protocol·lària i convencional. En el moment de cloure-la, la meva idea inicial ha canviat, doncs ara sento la sincera necessitat d'expressar el meu agraïment a totes les persones i institucions que m'han donat suport, m'han aconsellat i acollit, i han configurat l'escenari de la meva trajectòria personal i professional. Aquest agraïment sorgeix des de la convicció de que aquest treball no hauria estat possible sense el seu suport, consell o col·laboració. Sóc conscient que unes ratlles són del tot insuficients per donar compte del que ha representat l'ajut i el suport rebuts. Tanmateix, i donat que aquest treball és el fruit de molts anys de trajectòria personal i professional, estic segura que em quedaré curta en la relació d'agraïments. La redacció d'aquesta tesi s'ha desenvolupat al llarg de cinc anys de treball que han seguit al bienni dels cursos de doctorat, però el interès que m'ha portat a escollir el tema de treball és anterior, s'inicià amb la meva arribada al món assistencial i s'ha anat forjant al llarg de la meva trajectòria professional i acadèmica.

Els professionals que em van acollir a l'hospital de Sant Andreu de Manresa, quan jo era tot just una adolescent, amb moltes ganes d'aprendre, em feren adonar de la profunditat i importància de la tasca de tenir cura d'aquells que es troben en una situació de fragilitat i malaltia. Una atenció de qualitat no era tant sols una qüestió de coneixements i tècniques, requeria també compromís personal. Fou sor Balbina una de les persones que més empremta deixà en el meu record en aquest sentit, però no voldria oblidar la resta de persones que m'acompanyaren en aquesta època: tots els metges, infermeres i auxiliars que configuraren el servei de medicina interna i el de la maternitat, amb els quals hem mantingut la relació i l'amistat al llarg dels anys.

La meva vocació forjada a Sant Andreu, em dugué a especialitzar-me en l'atenció a la maternitat; la Teresa Bardés i la Roser Carreres, llevadores expertes, em dedicaren amb molta generositat el seu temps i m'ensenyaren el seu saber fer. Les companyes de promoció durant la especialitat de llevadora, a l'Hospital de la Vall d'Hebron m'acompanyaren, i juntes ens endinsarem en un nou àmbit professional sota la direcció i tutela del Dr. Marià Muxí. Foren però, les dones embarassades i les puèrperes que confiaren en el meu saber fer com a professional a Cardona, a Sant Vicenç de Castellet i a la Clínica de Sant Josep de Manresa, les que em confirmaren l'encert en la meva elecció.

He d'agrair a l'Assumpta Bohigas la confiança que diposità en mi al donar-me la possibilitat de poder-me iniciar en la docència en el si de la Fundació Universitària del Bages; en els meus inicis en la docència no puc oblidar-me del Valentí Martínez i la Imma Ubiergo; amb ells m'uneix una relació intel·lectual i humana que va molt més enllà de l'estrictament acadèmica. La Dolors Costa i la Gloria Seguranyes confirmaren el meu encert en la dedicació a la docència quan m'animaren a incorporar-me a l'engrescador projecte de la nova especialitat de llevadora, que s'inicià durant la dècada dels anys noranta a la Universitat de Barcelona.

No hi ha dubte que el desenvolupament del meu treball s'ha recolzat quotidianament en la Universitat de Barcelona, i, en aquest sentit, el meu agraïment encara més profund a la bona acollida que m'oferiren des del Programa de Doctorat en Filosofia, Ètica i Política, des del Departament de Filosofia Teorètica i Pràctica de la Universitat de Barcelona. He d'agrair als doctors Josep M<sup>a</sup> Petit i Josep M<sup>a</sup> Esquirol la seva bona rebuda en el programa de doctorat. Als doctors Norbert Bilbeny, Jordi Sales, Eudald Forment, Josep Alsina i a la doctora Margarita Boladeras he d'agrair la seva dedicació, la seva paciència i bon saber fer en el desenvolupament de les classes, permetent-me descobrir alguns *afers* de la Filosofia, en els que era absolutament neòfita donada la meva procedència del camp de la Infermeria i la Sociologia.

La doctora Margarita Boladeras no tant sols va acollir amb amabilitat i disponibilitat la meva proposta perquè fos la directora de tesi, sinó que m'ha anat acompanyant en el desenvolupament d'aquesta d'una manera que ha confirmat la seva amabilitat i la seva disponibilitat inicials. Sense imposar ni entorpir la investigació, l'ha anat seguint i m'ha orientat davant de dubtes i entrebancs. La seva confiança en mi no s'ha limitat al seguiment i orientació al llarg de la tesi, sinó que també m'ha fet confiança convidant-me a participar amb ella, i sota la seva direcció, en la docència i en la recerca.

Durant tots aquests anys, l'equip de la biblioteca de Bellvitge ha gestionat el moviment del material que he anat demanant: m'esgarrifa pensar on em trobaria, encara, en el procés d'elaboració d'aquesta tesi sense la seva eficàcia professional.

Finalment, he de confessar que aquesta tesi no hauria estat possible sense el suport de la meva família: El Ferran, la Claudina i el Josep han crescut compartint les inquietuds professionals i acadèmiques de la seva mare; vull recordar aquí com jugaven "sense fer soroll" quan la mare dormia de dia, sortint de guàrdia, durant l'especialitat de llevadora, així com les llargues xerrades i reflexions que ara que han crescut comparteixen amb mi. La meva trajectòria tampoc hauria estat possible sense la inestimable col·laboració de la Teresa, la meva mare. Ha estat el meu company, en Salvador, qui més ha confiat en mi durant tots aquests anys; sempre m'ha animat i encoratjat a seguir endavant i aprofundir en el meu treball i ha acompanyat amb comprensió i alegria tots els dies que ens em quedat a casa treballant davant l'ordinador. En qualsevol cas, he de fer palès que la seva contribució a l'assoliment d'aquest objectiu ha estat, de bon tros, la més decisiva i, certament fonamental.

Segurament en aquestes línies no he inclòs tots aquells que han fet possible el meu treball. A tots, aquells a qui he citat i aquells que m'he deixat en el tinter vull expressar el meu agraïment.



## **INDEX**

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>Introducció.....</b> | <b>15</b> |
|-------------------------|-----------|

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| <b>Primera Part .....</b> | <b>31</b> |
|---------------------------|-----------|

### **I. L'interès pel procés reproductiu en la Grècia clàssica i en l'imperi romà..... 33**

|  |    |
|--|----|
| 1.1. L'inici de la medicina científica. Hipòcrates de Cos i el <i>Corpus hippocraticum</i> ..... | 34 |
| 1.1.1. L'interès de la medicina hipocràtica en l'atenció a l'embaràs i naixement .....           | 38 |
| 1.1.2. La medicina hipocràtica i la seva relació amb el cos de les dones en el procés procreatiu | 43 |
| 1.2. Entre el mite i la realitat: El cas d'Hagnodiké.....  | 53 |
| 1.3. Les aportacions teòriques d'Aristòtil.....  | 54 |
| 1.4. Una nova visió en l'assistència al naixement: Sorà d'Efes.....                              | 57 |
| 1.4.1. La ginecologia de Sorà d'Efes .....   | 58 |
| 1.4.2. L'assistència a l'embaràs i al part en <i>La ginecologia de Sorà</i> .....                | 61 |
| 1.4.3. L'àmplia visió higienista de Sorà.....  | 66 |

### **2. El naixement i la seva assistència al llarg de l'edat mitjana ..... 69**

|  |    |
|--|----|
| 2.1. Indagant en les arrels cristianes .....   | 70 |
| 2.2. L'interès dels metges àrabs en el procés procreatiu .....                               | 74 |
| 2.2.1. <i>La Isagoge o llibre de la introducció a l'art de la medicina de Rhazés</i> .....   | 75 |
| 2.2.2. <i>Les contribucions d'Avicena i Averroes</i> .....                                   | 79 |
| 2.3. La pràctica femenina de la medicina a l'edat mitjana. De Salern a la vall del Rin ..... | 86 |
| 2.3.1. <i>L'Escola de Salern. La controvertida figura de Tròtula</i> .....                   | 88 |

|   |     |
|---|-----|
| 2.3.2. Hildegarda de Bingen.....  | 91  |
| 2.3.2.1. <i>L'obra literària d'Hildegarda de Bingen</i> .....                 | 94  |
| 2.3.2.2. <i>L'obra mèdica d'Hildegarda de Bingen</i> .....                    | 95  |
| 2.4. Una figura clau en el període medieval. Arnau de Vilanova.....           | 102 |
| 2.4.1. La ginecologia en l'obra d'Arnau de Vilanova .....                     | 106 |
| 2.4.1.1. <i>Arnau de Vilanova i els Regimina sanitatis</i> .....              | 107 |
| 2.5. L'assistència al part i al nadó en l'edat mitjana.....                   | 110 |
| 2.6. La llevadora protagonista de l'assistència al naixement.....             | 114 |
| 2.7.- La capacitat de decisió de les dones en l'assistència al naixement..... | 119 |

### **3. El Renaixement: Naixement de la medicina científica i inici de la lluita pel control de l'assistència al naixement..... 121**

|  |     |
|--|-----|
| 3.1. El naixement de la medicina científica. Les obres d'anatomia.....                                   | 122 |
| 3.1.1. L'anatomia femenina. Les descripcions d'Andreas Vesalius i de Gabrielle Fallopius .....           | 124 |
| 3.2. La medicina clínica al Renaixement. L'humanisme mèdic .....   | 128 |
| 3.2.1. Paracelsus. L'analogia entre macrocosmos i microcosmos: nova naturalesa per a la dona             | 132 |
| 3.2.1.1. <i>El llibre de la matriu de Paracelsus</i> .....   | 135 |
| 3.3. La regulació de les professions sanitàries. La seva repercussió en l'assistència al naixement ..... | 139 |
| 3.4. Els cirurgians i l'assistència al naixement .....   | 144 |
| 3.4.1. Les aportacions d'Ambroise Paré.....  | 146 |
| 3.5. L'interès per la formació acadèmica de les llevadores i la seva regulació .....                     | 151 |
| 3.5.1. El primer llibre per a instrucció de les llevadores .....   | 153 |
| 3.5.2. La formació de les llevadores a Espanya. L'obra de Damià Carbó.....                               | 155 |
| 3.5.3. El primer llibre. L'embaràs i el part, i la seva assistència, en l'obra de Carbó .....            | 159 |
| 3.6.- Un gir en la concepció ideològica del naixement: El part esdevé una situació patològica. ....      | 166 |
| 3.6.1. El segon llibre. De les dificultats per aconseguir l'embaràs segons Carbó .....                   | 169 |
| 3.7. El context d'assistència al naixement al segle XVI. El rol de mares i professionals ..              | 170 |

### **4. Segle XVII. La maternitat entre llums i ombres ..... 173**

|   |     |
|---|-----|
| 4.1. L'estudi de la reproducció. William Harvey i Regnier de Graaf..... | 174 |
| 4.2. L'atenció al naixement en el segle XVII .....                      | 175 |



|   |            |
|---|------------|
| 4.2.1. Louise Bourgeois, filla adoptiva de Fenareta .....   | 176        |
| 4.2.2.1. <i>L'obra obstètrica de Louise Bourgeois</i> .....   | 183        |
| 4.2.2.3. <i>Les cures d'atenció a la vida en l'obra de Louise Bourgeois</i> .....                   | 190        |
| 4.3. Les diferents professions sanitàries i l'assistència al naixement .....                        | 194        |
| 4.3.1. El naixement en l'imaginari col·lectiu. La seva integració en l'esfera pública.....          | 195        |
| 4.4. La tecnificació de l'assistència al naixement: el fòrceps obstètric .....                      | 203        |
| 4.4.1. El domini de la tècnica com a font de poder. La controvèrsia amb les llevadores .....        | 204        |
| 4.5. François Mauriceau: l'embaràs com a malaltia .....   | 207        |
| 4.5.1. Mauriceau: <i>Traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées</i> ..... | 209        |
| 4.5.1.1. <i>Les aportacions de François Mauriceau</i> .....   | 211        |
| 4.5.1.2. <i>La preocupació pels comportaments ètics en l'obra de Mauriceau</i> .....                | 222        |
| <br>  |            |
| <b>5. Segles XVIII-XIX. L'obstetrícia s'obre camí com especialitat mèdica .....</b>                 | <b>231</b> |
| 5.1. L'expansió de l'ús del fòrceps obstètric .....   | 233        |
| 5.2. El metge entra en escena en el part normal. El cas de William Smellie.....                     | 235        |
| 5.3. La formació de les llevadores a l'Europa del segle XVIII .....                                 | 238        |
| 5.4. La situació obstètrica a l'Espanya del segle XVIII .....                                       | 241        |
| 5.4.1. El llibre d'obstetrícia de Pablo Petit.....  | 246        |
| 5.4.2. La lluita entre metges i llevadores a Espanya. El cas de Luisa Rosado .....                  | 254        |
| 5.5. Segle XIX. La mecanització i medicalització de l'assistència al naixement.....                 | 258        |
| 5.6. El naixement i la seva assistència durant el segle XIX .....                                   | 259        |
| 5.6.1. El naixement a l'hospital: la lacra de les febres puerperals.....                            | 260        |
| 5.6.2. L'anestèsia obstètrica .....   | 263        |
| 5.7. L'assistència al naixement qüestionat d'àmbit públic. Rol de metges i llevadores.....          | 266        |
| 5.7.1. Una nova professió medicoquirúrgica unificada: La ginecologia com especialitat mèdica        | 267        |
| 5.7.2. Les llevadores al llarg del segle XIX. El seu intent d'equiparar-se als cirurgians .....     | 270        |
| 5.7.2.1. <i>La formació de les llevadores a Espanya</i> .....                                       | 273        |
| 5.8. L'actitud conservadora en front de la intervencionista en l'assistència al part .....          | 277        |

**Segona Part..... 281**

**1. El segle XX. La revolució biomèdica ..... 283**

|   |     |
|---|-----|
| 1.1. L'interès mèdic per l'exploració de l'abdomen de la dona embarassada .....                     | 286 |
| 1.1.1. L'úter gestant sota el punt de vista de les lleis de la física. L'obra d'Adolphe Pinard..... | 288 |
| 1.2. El seguiment i control de l'embaràs .....  | 292 |
| 1.2.1. La consolidació dels models d'atenció prenatal .....   | 295 |
| 1.2.2. La visualització del fetus. L'ús rutinari dels raigs X en l'atenció prenatal.....            | 301 |
| 1.2.3. L'obertura de finestres a l'úter. L'ecografia obstètrica .....                               | 303 |
| 1.2.4. Els gens i les seves lleis. El diagnòstic prenatal de cromosomopaties .....                  | 307 |
| 1.3. La medicalització del part.....  | 309 |
| 1.3.1. El part: un procés mecànic .....   | 310 |
| 1.3.2. L'anestèsia i analgèsia obstètriques .....   | 312 |
| 1.3.3. El control del benestar fetal.....   | 315 |

**2. L'estat actual de l'assistència sanitària al naixement ..... 319**

|   |     |
|---|-----|
| 2.1. Tecnificació i deshumanització en l'assistència a l'embaràs i part ..... | 320 |
| 2.2. El rol dels professionals sanitaris .....                                | 323 |
| 2.3. Les protagonistes de l'atenció: Les mares d'inici de segle XXI.....      | 330 |
| 2.3.1. El deure i la responsabilitat de tenir un fill sa .....                | 334 |
| 2.3.2. El significat dels fills a l'inici de segle XXI.....                   | 338 |

**3. Anàlisi bioètica del model sanitari d'assistència a embaràs i part ..... 343**

|  |     |
|--|-----|
| 3.1. Els nous conceptes socials de <i>salut</i> i <i>malaltia</i> .....              | 347 |
| 3.2. Els límits entre beneficència i autonomia. <i>Conflicte maternofetal?</i> ..... | 350 |
| 3.2.1. El principi de beneficència.....  | 352 |
| 3.2.2. El principi de respecte a l'autonomia del pacient.....                        | 354 |
| 3.2.3. La presa de decisions en el context d'assistència al naixement.....           | 358 |
| 3.2.4. El significat del fetus en la presa de decisions .....                        | 361 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>4. Reflexions ètiques en relació amb les tecnologies i pràctiques sanitàries</b>                        |            |
| <b>d'atenció a l'embaràs .....</b>   | <b>369</b> |
| 4.1. L'ecografia obstètrica .....  | 369        |
| 4.1.1. Efectes biològics de l'ecografia .....  | 370        |
| 4.1.2. L'ús de l'ecografia en el nostre àmbit .....  | 379        |
| 4.1.3.- Percepció social de l'ecografia. Reflexions ètiques .....  | 382        |
| 4.1.4.- La capacitat de les dones per a prendre decisions informades .....                                 | 386        |
| 4.1.4.1. <i>La informació i comprensió en referència a l'ecografia obstètrica</i> .....                    | 388        |
| 4.2. El diagnòstic prenatal d'anomalies congènites.....  | 391        |
| 4.2.1. Els marcadors bioquímics .....  | 395        |
| 4.2.2. Els marcadors ecogràfics.....   | 399        |
| 4.2.3. L'ecografia del segon trimestre.....  | 401        |
| 4.2.4. Estratègies i recomanacions actuals per al cribratge d'anomalies congènites.....                    | 403        |
| 4.3. Aspectes socials del diagnòstic prenatal. Reflexions ètiques .....                                    | 405        |
| 4.4. Percepció de l'embaràs i vinculació entre mare i fetus en el diagnòstic prenatal.....                 | 406        |
| 4.4.1. L'acceptació de les proves de cribratge i diagnòstic prenatal .....                                 | 408        |
| 4.4.2. Informació i consentiment informat en ecografia i diagnòstic prenatal d'anomalies congènites .....  | 412        |
| <br>   |            |
| <b>5. Reflexions ètiques en relació amb les tecnologies i pràctiques sanitàries</b>                        |            |
| <b>d'atenció al part.....</b>  | <b>423</b> |
| 5.1. La medicalització del treball de part.....  | 426        |
| 5.1.1. La conducció activa del treball de part.....  | 427        |
| 5.1.1.1. <i>La inducció del treball de part. Consideracions mèdiques</i> .....                             | 429        |
| 5.1.1.2. <i>La inducció del treball de part. Consideracions socials</i> .....                              | 434        |
| 5.2. La cesària.....   | 439        |
| 5.2.1. La cesària electiva per raons no mèdiques .....   | 445        |
| 5.2.1.1. <i>Les demandes de cesària electiva i inducció del part vaginal. Consideracions ètiques</i> ..... | 449        |
| 5.3. L'assistència no medicalitzada al procés del part.....  | 454        |
| 5.3.1. La crítica a la medicalització del part. Aspectes ètics i socials .....                             | 455        |
| 5.3.2. Les pràctiques sanitàries en l'assistència no medicalitzada al part normal .....                    | 458        |
| 5.4. El desconfort en el part. El seu abordatge .....  | 461        |
| 5.4.1. Els mètodes no farmacològics per alleujar el dolor en el part.....                                  | 464        |
| 5.4.2. Els mètodes farmacològics per alleujar el dolor en el part.....                                     | 473        |

|   |     |
|---|-----|
| 5.5. El monitoratge de la freqüència cardíaca fetal .....                                     | 478 |
| 5.5.1. Opcions per al monitoratge de la freqüència cardíaca fetal. Evidència científica ..... | 480 |
| 5.6. La demanda d'una atenció no medicalitzada al part normal. Aspectes ètics.....            | 483 |

### ***III Tercera part..... 491***

#### **1. La relació assistencial en el context de l'atenció sanitària al naixement..... 493**

|   |     |
|---|-----|
| 1.1. El reconeixement del principi d'autonomia.....                           | 497 |
| 1.2. La qüestió del gènere en el reconeixement del principi d'autonomia ..... | 504 |
| 1.3. La imatge ideològica de la maternitat i els moviments feministes .....   | 507 |
| 1.4. L'assistència sanitària a la maternitat en l'estat del Benestar .....    | 514 |

#### **2. Aportacions del feminisme a la filosofia moral. L'ètica de tenir cura i l'ètica de la responsabilitat..... 523**

|  |     |
|--|-----|
| 2.1. Les aportacions de Seyla Benhabib: l'altre generalitzat i l'altre concret .....       | 526 |
| 2.1.2. La incorporació del jo concret i del tenir cura en l'assistència al naixement ..... | 530 |
| 2.3. L'autonomia relacional i els diferents models de relació assistencial .....           | 533 |
| 2.3.1. La confiança com a fonament de la relació assistencial .....                        | 538 |
| 2.3.1.1. El Pla de naixement i la presa de decisions en l'atenció sanitària al part .....  | 540 |

**Conclusions ..... 543**

**1. Les eleccions informades en l'atenció sanitària al naixement ..... 545**

**2.- La definició de les competències professionals en els projectes formatius ..... 551**

**Bibliografia ..... 555**

**Bibliografia Primera Part:..... 557**

**Bibliografia Segona Part:..... 569**

**Bibliografia Conclusions:..... 597**



# **Introducció**





## **Introducció:**

El motiu que m'ha impulsat a la realització d'aquesta tesi s'ha de cercar en el camí recorregut al llarg de més de vint anys de trajectòria professional com a infermera i llevadora. La pràctica diària, durant molts anys, a l'hospital i a l'assistència primària em feu plantejar dubtes i reflexions relacionats amb la fragilitat humana, les activitats de cura i la relació humana en el si de la pràctica assistencial. La meva trajectòria professional em dugué al camp de l'obstetrícia. El contacte diari amb les dones durant l'embaràs i el part m'invità a prendre consciència del fet que cada maternitat representa una experiència personal única i diferenciada, i em feu adonar que el naixement d'un nou individu constitueix un esdeveniment que depassa l'àmbit estrictament sanitari; doncs la procreació humana i la perpetuació de l'espècie suposen aspectes centrals dels interessos del col·lectiu social.

La meva formació en l'àmbit de la sociologia completà la de llevadora i em permeté contemplar els fenòmens vinculats amb la salut, la malaltia i la procreació humana des d'una perspectiva social, ampla i globalitzadora.

En aquests darrers anys, la meva tasca com a professora universitària en la Unitat Docent de Llevadores de Catalunya m'ha dut a evidenciar i intentar buscar respostes a diferents qüestions i reflexions que planteja la docència en un camp tan enriquidor, però alhora tan sensible, com és l'assistència sanitària al naixement. Els reptes i dubtes relacionats amb l'actuació professional de les llevadores a la fi del segle XX i inicis del XXI són nombrosos, les actuacions ètiques constitueixen una preocupació central de l'actuació professional. Fou

aquest interès el que em portà a cursar els cursos de doctorat en el Programa de Filosofia, Ètica i Política, de la Facultat de Filosofia, a la Universitat de Barcelona i a realitzar la meua tesi doctoral en el camp de la bioètica.

Per poder comprendre millor aquestes inquietuds crec interessant fer una mirada retrospectiva. A la fi de la dècada dels setanta, del segle passat, el tipus d'atenció sanitària que oferíem els professionals diferia substancialment de l'actual; era menys tecnificada i poc sofisticada, però els professionals novells que ens iniciàvem en el nostre camí professional (almenys en l'hospital comarcal, en el qual jo treballava) ens sentíem vocacionalment cridats a una tasca d'ajuda cap a aquelles persones que necessitaven de nosaltres, perquè travessaven moments de feblesa i malaltia; si bé els mitjans eren minsos, les ganes i la vinculació entre professionals i malalts era intensa i recíproca.

El pas dels anys i els avenços tecnològics ens convertiren en professionals competents, tecnològicament capacitats i amb eines i coneixements suficients per afrontar amb més possibilitats d'èxit la nostra tasca; però aquest camí que ens féu tècnicament millors, de vegades ens convertí en humanament allunyats. Si aquesta afirmació en el camp de l'assistència hospitalària es pot refutar argumentant que la capacitació tecnològica permet millorar resultats en termes de mortalitat; aquest mateix argument no es mostra tan vàlid quan l'apliquem a l'assistència a la maternitat.

Als anys vuitanta, del segle passat, les dones del nostre entorn acudien a les consultes ambulatòries per controlar el seu embaràs: el control de pes, la mesura de l'alçada uterina, de la tensió arterial i de l'albúmina en orina eren les pràctiques habituals; es realitzaven controls analítics de sang, però el nombre de determinacions era substancialment inferior a l'actual. L'ecografia obstètrica iniciava la seva expansió en el camp obstètric; en primer lloc, foren els hospitals de tercer nivell i l'assistència privada els que oferiren aquesta nova tecnologia. El canvi més substancial en l'assistència vingué de la mà de l'anestèsia obstètrica: a Catalunya el nombre de naixements era baix i l'assistència privada oferia un part sense dolor a aquelles dones que s'ho podien pagar; poc a poc, l'oferta

d'anestèsia s'anà incorporant a la xarxa pública d'assistència. Ens podem preguntar si fou a causa de la petició de les dones, o si foren els professionals els qui introduïren aquesta pràctica de forma habitual. La possibilitat d'un part sense dolor animà els professionals a una medicalització més intensa del procés del part, alhora que també s'havia medicalitzat l'atenció a l'embaràs. Els canvis descrits es produïren en el decurs de pocs anys, aquesta medicalització i tecnificació intensa del procés del naixement fou sovint motiu de discussions i controvèrsies entre els mateixos professionals encarregats de l'assistència sanitària.

Embaràs i part poden ser definits com a fets biològics que formen part de la vida d'aquelles dones que han esdevingut mares; des de l'inici de la història, les dones han tingut fills. La biologia reproductora permet a l'espècie humana la perpetuació de l'espècie; en aquest procés l'aportació de la dona s'inicia amb la concepció, continua al llarg de l'embaràs i, finalment, el moment del part esdevé el punt culminant d'aquest procés. En el context de la tasca reproductora, el naixement dels fills constitueix un moment central, caracteritzat per una especial fragilitat i vulnerabilitat, en el qual les dones han necessitat cures i atencions. El saber tradicional ha vinculat les cures d'atenció al part a l'esfera femenina; fou durant la segona meitat del segle XX quan aquestes atencions s'institucionalitzaren i es vincularen a l'assistència sanitària hospitalària i especialitzada.

Per a alguns, aquesta institucionalització de l'assistència al naixement es signe del canvi tecnològic propugnat pel progrés mèdic: l'aplicació d'anestèsia permet un alleujament del dolor, però fa necessari un major control del procés, per tal de prevenir possibles complicacions; el domini de la tècnica implica acostar-se als aparells de monitorització de la freqüència cardíaca fetal. Un ampli coneixement d'allò que ens indica el registre cardiotocogràfic permet actuar amb precisió i competència. El control actiu del treball de part implica dominar la situació i també medicalitzar-la per tal d'escurçar la durada espontània del procés; però no tothom coincideix en aquest punt. Cal intervenir i medicalitzar un

procés fisiològic? Aquesta pregunta s'ha anat intensificant en el si del col·lectiu professional al llarg dels anys. Medicalització i tecnificació han vingut de la mà del progrés sanitari, tot i que sovint s'han acompanyat d'allunyament, fredor i neutralitat en el tracte assistencial.

En els últims anys, algunes veus han associat la tecnificació de l'assistència al naixement amb la deshumanització de l'atenció sanitària i han reclamat un retorn a una assistència més respectuosa amb la fisiologia i consegüentment menys tecnificada. S'ha considerat que d'aquesta forma l'atenció recobriria el punt d'humanització que havia perdut. Evidentment, optar per una assistència més o menys tecnificada implica decidir, escollir entre diferents models assistencials. A qui correspon aquesta decisió? Quin ha de ser el paper dels professionals implicats? I el de les futures mares? Podem afirmar que l'assistència obstètrica ha perdut qualitat humana a causa de la institucionalització de l'assistència al naixement en l'interior de centres hospitalaris? Una menor tecnificació conduirà a una relació més humana? Era més humana l'atenció abans de la tecnificació de l'assistència? Què podem esbrinar en la història de l'assistència al naixement en relació amb el paper de dones i professionals?

En aquest treball hem volgut indagar i aprofundir en totes aquestes qüestions; atesa la diversitat de problemes que es tracten en aquest estudi, s'han aplicat metodologies diverses, adients per a cada àmbit d'estudi: hem iniciat el nostre treball amb procediments historiogràfics d'anàlisi i interpretació de textos. L'anàlisi de les fonts i els procediments hermenèutics ens ha dut a la comprensió dels textos antics i el coneixement de la seva transmissió al llarg de la història. En un segon moment, hem realitzat també una descripció i anàlisi de diversos models de pràctiques clíniques, hem avaluat les conseqüències de la seva aplicació, hem detectat les mancances i efectes adversos de cadascuna. Finalment, hem aplicat els principis i formes d'anàlisi bioètiques per poder configurar un marc de coneixement, de presa de decisions i d'actuació que

respongui de millor manera a les necessitats detectades en els estudis precedents.

Atesa l'amplitud de la temàtica estudiada, el treball s'ha estructurat en tres parts diferenciades. En la primera, hem volgut endinsar-nos en la història de l'assistència al naixement; la hipòtesi central, al voltant de la qual s'estructura la indagació històrica, planteja que el procés de formació del coneixement obstètric es creà a partir d'unes pràctiques empíriques vinculades al saber femení que han evolucionat, en diferents etapes, cap a un coneixement especialitzat i professionalitzat.

Hem volgut reconstruir una memòria crítica, trobar un fil d'Ariadna genealògic que ens informi envers el paper que mares i professionals han tingut en aquest procés. Per fer-ho hem efectuat una revisió de les coordenades històriques, científiques i professionals, en les quals s'ha emmarcat la cura i atenció a les dones en el procés de la maternitat; hem dut a terme una anàlisi historiogràfica de diferents autors representatius de l'obstetrícia i la ginecologia al llarg de la història d'Occident: Hipòcrates de Cos, Sorà d'Efes, Rhazés, Avicena, Averroes, Tròtula, Hildegarda de Bingen, Arnau de Vilanova, Paracelsus, Ambroise Paré, Damià Carbó, Madame Bourgeois, la saga dels Chamberlain, François Mauriceau, William Smelie, Pablo Petit, Luisa Rosado i Adolphe Pinard, entre altres... En alguns casos hem consultat les obres originals dels autors (Mauriceau, Bourgeois, Petit, Pinard), en altres casos hem acudit a les traduccions dels originals (obra ginecològica d'Hipòcrates, *Ginecologia* de Sorà, *La Isagoge* de Rhazés, Paracelsus) i, finalment, en altres casos, i donada la dificultat d'aconseguir les obres originals, hem hagut d'optar per consultar fonts secundàries, aquests són els casos de Tròtula, Hildegarda de Bingen, els Chamberlain, Smelie o Luisa Rosado.

Mitjançant una mirada crítica als diferents textos estudiats hem volgut rastrejar les empremtes amagades de les relacions assistencials establertes en els diferents períodes històrics. Hem estructurat aquesta anàlisi al llarg de cinc capítols: en el primer hem estudiat l'inici de la medicina científica en el període

clàssic i l'assistència al naixement en aquesta època. La influència del cristianisme, els metges àrabs i la seva recopilació del saber mèdic de la Grècia Clàssica, així com el seu retorn a Occident gràcies a les escoles de Salern i Toledo configuren els eixos centrals del segon capítol. El naixement de la medicina científica, en el Renaixement, i la regulació de les professions sanitàries configuren l'argumentació desenvolupada en el tercer capítol. Al llarg del segle XVII es produïren canvis substancials en els models d'atenció al naixement; la importància dels fills i de la procreació es convertí en centre d'interès públic; aquest canvi de paradigma es produí en un moment en què les llevadores aconseguiren el seu més alt reconeixement social; però la tecnificació de l'assistència iniciada amb l'aplicació del fòrceps obstètric marcà la fi del monopoli de les llevadores en l'assistència al naixement i l'entrada, per la porta gran, de la professió mèdica, s'inicià d'aquesta forma la medicalització de l'assistència; la importància d'aquest moment històric justifica que s'hagi dedicat tot un capítol al segle XVII. Finalment, el capítol cinquè es centra en els segles XVIII i XIX en els quals es produí el naixement de l'obstetrícia com a especialitat mèdica, al mateix temps que s'institucionalitzà la pràctica obstètrica.

Al llarg d'aquests cinc capítols hem indagat en la compaginació harmoniosa durant un llarg període històric entre el coneixement científic dels clínics i la saviesa del món de l'experiència, hem comprovat com l'atenció al naixement s'inscrivía en les «cures d'atenció a la vida», i hem corroborat que eren les llevadores les encarregades de tenir-ne cura. Els metges centraven el seu interès i atenció en el coneixement teòric del procés procreatiu i exercien al costat del malalt en una lluita contra la malaltia i la mort. L'augment del nombre de metges, a l'inici del Renaixement, comportà un major poder del col·lectiu mèdic que exercí una important pressió social per tal d'ampliar les seves funcions; això passà per un augment del control sobre la resta d'ocupacions sanitàries que comportà, en alguns casos, la persecució i condemna, sota l'acusació de bruixeria, de moltes llevadores que moriren a la foguera a causa dels seus coneixements mèdics i obstètrics. Tot i aquest panorama tan

desolador, l'assistència a la majoria de dones, durant el procés de part, continuà en mans de les llevadores. L'any 1601, Louise Bourgeois assistí el part de la reina Maria de Mèdicis, en el naixement del que posteriorment seria Lluís XIII de França; es tractava d'una llevadora instruïda en la teoria i en la pràctica que agafà la ploma per escriure i publicar diversos tractats d'obstetrícia de reconeguda qualitat, però tot i semblar que a l'inici del segle XVII les llevadores, almenys aquelles que assistien les dones de l'alta societat, incorporaven els estudis i la formació teòrica als seus coneixements empírics, el cert és que la professió no adquirí estatus professional, ni acadèmic. Hem pogut comprovar com el procés de medicalització del naixement s'inicià al segle XVII i es vinculà, com ja hem esmentat, al domini de la tècnica.

També hem volgut esbrinar quin ha estat el paper de mares i professionals en aquest procés, i hem posat al descobert les turmentoses relacions que han esdevingut en certs moments històrics entre les diferents professions sanitàries. Amb l'arribada del segle XIX es produí la unificació de les dues professions majoritàriament masculines: metges i cirurgians; les llevadores en quedaren al marge; en aquests anys es produí, a Anglaterra, una important mobilització de les llevadores que pretenien el seu reconeixement com a expertes en l'art obstètric i sol·licitaren la seva homologació amb els cirurgians; la seva lluita finalitzà amb una important concessió: les dones podrien accedir als estudis de medicina, però no s'aconseguí que la professió de llevadora aconseguís l'estatus que tenien els cirurgians. La tasca professional de les llevadores quedà ubicada en un nivell secundari, depenent de la supervisió mèdica i amb la pèrdua de moltes de les competències que tradicionalment havien ocupat.

El saber mèdic, fins aleshores, havia demostrat escassa preocupació per l'atenció directa a les dones durant embaràs i part, el seu interès fou sempre teòric, pretenia bàsicament aprofundir en el coneixement del procés de fecundació, desenvolupament de l'embaràs o explicació de l'anatomia femenina; però la unificació de metges i cirurgians en una sola professió, conjuntament amb el descobriment de l'anestèsia, permeteren un important avenç en cirurgia

ginecològica que féu que metges i cirurgians ampliessin el seu camp d'acció a l'assistència a embaràs i naixement; d'aquesta forma naixia l'obstetrícia com a especialitat mèdica; més tard, la medicina fetal ha esdevingut un nou centre d'interès, i una nova especialitat per a la professió mèdica.

Una mirada històrica i filosòfica ens ha dut a rastrejar i fer evidents les emprentes oblidades d'algunes dones que han efectuat aportacions especialment valuoses en el coneixement obstètric, tant des de la saviesa teòrica com des del món de l'experiència: podem citar Hildegarda de Bingen, la ja esmentada Louise Bourgeois o la llevadora espanyola Luisa Rosado, per anomenar-ne només tres de períodes ben diferenciats. Les seves aportacions i el seu saber poden ser equiparats als dels seus col·legues masculins, però el prejudici androcèntric de la societat occidental ha ocasionat que el saber de sanadores i llevadores quedés en un segon terme, i fos considerat d'un estatus inferior.

Fins aquí hem parlat de la relació entre diferents professionals: metges, cirurgians i llevadores en l'assistència al naixement, però no hem volgut deixar al marge el paper de les mares, com a protagonistes del procés procreatiu. Com hem esmentat, les dones han buscat assistència durant el procés del part des d'antic: en el període clàssic, la llevadora comprovava la normalitat física del nadó i el pare exercia la seva pàtria potestat decidint si acceptava criar el nadó o exposar-lo; més tard, el cristianisme no donà més poder a les mares, però la nova religió obligava a criar tots els fills nascuts i permetia a les mares conservar-los; aquest fet explicaria per què moltes reines adoptaren la religió cristiana i convenceren els seus esposos per tal que abraressin la nova creença.

La capacitat de decisió de les dones en el procés d'embaràs i part fou minsa durant molts segles; podem suposar que les dones decidien quina era la postura més còmoda, per a elles, per tal de donar a llum. Al segle XVI, Mauriceau aconsellava el decúbit supí com a postura més idònia per a l'assistència al naixement: tenir els fills recolzades en llits proveïts de llençols blancs i coixins era en aquells moments un signe de luxe i benestar que les



dones que s'ho podien permetre acollirien de bon grat; les recomanacions mèdiques i les preferències de les dones benestants s'unirien en aquest punt. El descobriment del fòrceps obstètric, durant aquest mateix període històric, féu que el decúbit supí, en el llit, no fos només una elecció, sinó que es convertí en una necessitat per tal que el professional podés realitzar la seva tasca.

Els naixements s'atenien al domicili; alguns hospitals, com l'Hotel Dieu de París, disposaven des del segle XIII de sales per acollir dones embarassades i assistir-hi parts. Aquestes sales eren dirigides per una llevadora jurada; a aquests hospitals només hi acudien dones pobres, generalment mares solteres, que no tenien on anar; aquestes dones acudien als hospitals per donar a llum i sovint per deixar-hi el nadó. Infantar en els hospitals no era tan sols signe de pobresa i deshonor, sinó que constituïa també un perill real per a la salut de les mares, a causa de la lacra de les febres puerperals que conduïren a la mort a un nombre important de dones durant el puerperi. Fou també durant el segle XIX que Philipp Semmelweis descobrí que els metges que atenien les dones després de realitzar autòpsies, sense rentar-se i desinfectar les mans, constituïen la font de contagi de les febres puerperals.

Després de la Segona Guerra Mundial, en ple segle XX, les autoritats polítiques decidiren donar protagonisme i responsabilitzar les mares en relació amb la consecució d'una millor salut maternoinfantil; es varen endegar campanyes de sensibilització per tal que les dones tinguessin cura dels seus embarassos i acudissin a control sanitari durant l'embaràs; al mateix temps, l'enorme progrés mèdic que es produí durant tot el segle XX facilità que els hospitals podessin oferir una atenció d'alta qualitat per a l'assistència al naixement i als embarassos complicats. Fou durant el segle XX quan les dones canviaren l'escenari de l'assistència al naixement; abandonaren l'interior de la llar per tal d'acudir als centres hospitalaris, quan s'iniciaven els símptomes del part. La seguretat i els millors resultats obstètrics recolzaren aquesta decisió. És en el primer capítol de la segona part d'aquest treball on abordem tots els canvis tecnològics que es produïren al llarg del segle XX.

Aquest segle inaugura una nova perspectiva en el camp biomèdic, tant per l'enorme creixement dels mitjans diagnòstics, de tractament o de profilaxi, com per les noves orientacions adoptades en les explicacions dels fenòmens relacionats amb la salut i la malaltia. Podem considerar que durant la primera meitat del segle XX es produí una autèntica revolució biomèdica, que en el camp de l'assistència obstètrica, comportà una forta medicalització i tecnificació de l'assistència. En el període comprès entre l'inici de segle i la finalització de la Segona Guerra Mundial es produí la consolidació dels models d'atenció prenatal; les visites de seguiment i control de l'embaràs s'integraren dins la pràctica obstètrica. La possibilitat d'obertura de finestres a l'úter gestant fou el centre d'interès de la classe mèdica; en un primer moment semblà que la radiologia seria una eina útil en aquest sentit, però els importants efectes secundaris dels rajos X la desaconsellaren definitivament; el desenvolupament de l'ecografia obstètrica, durant la dècada dels anys setanta, constituí un revulsiu en el seguiment i control de l'embaràs. Més endavant es desenvolupà la possibilitat del diagnòstic prenatal d'anomalies congènites, gràcies als avenços en genètica. L'hospitalització del procés del part es convertí en un fet habitual, que s'acompanyà d'una tecnificació de l'assistència. L'ús de l'anestèsia i l'analgèsia, o de fàrmacs per tal de controlar la dinàmica uterina i la monitorització de la freqüència cardíaca fetal, es convertiren en pràctiques habituals.

Aquests avenços units a les millors condicions socials permeteren una disminució significativa de la mortalitat maternoinfantil i es produí un canvi en l'imaginari col·lectiu sobre el significat social dels fills. Aconseguir un fill se esdevingué una obligació social que involucrà mares i professionals.

La hipòtesi de treball que condueix la recerca en la segona part d'aquest treball afirma que la medicalització i tecnificació de l'assistència a embaràs i naixement ha portat a centrar l'interès professional en el control de l'úter gestant i en la conseqüent pèrdua d'atenció en les necessitats subjectives de la dona, però l'argumentació desenvolupada en aquesta segona part ens porta a afirmar

que un retorn a una atenció més respectuosa amb la fisiologia de la dona i menys tecnificada no garanteix, per si mateixa, una atenció més humanitzada.

Si la definició de *professionalitat* no s'amplia incorporant-hi una actitud de cura que tingui en compte cada una de les usuàries com a portadores de necessitats, desitjos i afectes concrets, la humanització de l'assistència no serà un fet.

En el segon capítol de la segona part d'aquesta Tesi es reflexiona al voltant dels nous rols que han adoptat mares i professionals en aquest canvi assistencial que s'ha produït durant la segona meitat del segle XX i inici del XXI.

L'assistència sanitària a la maternitat a l'inici del segle XXI presenta una complexitat important i no està desproveïda de debat bioètic. Els eixos principals que configuren aquest debat són quatre:

1. Els nous conceptes socials de salut i malaltia desenvolupats al llarg del segle XX que han abocat cap a una nova conceptualització de l'embaràs i el part com a situacions potencialment de risc on la prevenció de les discapacitats ha comportat una forta medicalització de l'assistència al naixement.

2. La consideració mèdica del fetus com a pacient: l'assistència al naixement ha esdevingut una branca especialitzada de l'atenció sanitària, però la relació assistencial durant embaràs i naixement presenta un tret diferencial, la presència del fetus comporta una relació peculiar en la qual el professional té cura de la salut de la mare, però té l'obligació de vetllar per un desenvolupament harmònic del fetus. En aquest sentit, la consideració mèdica del fetus com a pacient ha fet sorgir el debat al voltant dels conflictes maternofetals i la identificació dels límits entre beneficència i autonomia.

3. Les eleccions informades: l'impacte de les noves tecnologies ha esdevingut el motor que ha possibilitat la inclusió de les cures de l'embaràs i el part com a processos mèdics. L'alt nombre de tècniques disponibles i la seva sofisticació permet models diferenciats d'atenció. Els protocols d'assistència a l'embaràs i el part, confeccionats per professionals, permeten sistematitzar l'atenció segons la millor evidència científica disponible, però el model d'assistència es dirigeix cap a una embarassada ideal, descontextualitzada i

desencarnada que no té en compte la situació de cada una de les maternitats. La realització de proves de cribratge prenatal d'anomalies congènites, l'ús de l'ecografia durant l'embaràs, així com la varietat de models possibles d'assistència al part determinen diferents opcions per a l'assistència a la maternitat; qualsevol possibilitat d'escollir permet una major llibertat, però més llibertat implica també major responsabilitat. El procés d'atenció sanitària en el qual es prenen les decisions no es troba desproveït d'incerteses bioètiques.

4. La qüestió del gènere: la maternitat ha definit la feminitat al llarg dels anys. La importància del gènere en les qüestions bioètiques relacionades amb salut maternoinfantil constitueix un tema cabdal. Entre el personal sanitari i la pacient (en el nostre cas la dona embarassada) s'estableix una relació assistencial asimètrica que en l'atenció a la maternitat pot amagar vertaderes relacions de poder, pròpies de la societat patriarcal que intentarem desemmascarar.

Els tres primers eixos d'aquest debat configuren l'argumentació de la segona part d'aquesta Tesi: embaràs i part suposen situacions fisiològiques, però medicalització i tecnificació han anat colonitzant l'atenció sanitària a la maternitat. Davant aquest fet, les postures de les dones i les seves parelles, la perspectiva dels professionals i fins i tot la consciència social del que significa la paternitat i la maternitat presenten matisos diversos.

El tercer capítol aborda els dos primers eixos de debat, hem focalitzat la nostra argumentació en: els nous conceptes de *salut* i *malaltia* desenvolupats al llarg del segle XX, i els límits entre beneficència i autonomia en l'assistència a embaràs i naixement, amb especial èmfasi a l'anomenat *conflicte maternofetal*; en aquest punt hem aprofundit en la relació i consideració que adquireix el fetus en el camp assistencial.

Donada la importància quantitativa de les diferents tecnologies reproductives, aquestes s'han tractat de forma extensa i s'han dedicat els capítols quart i cinquè a abordar les tecnologies sanitàries aplicades durant l'embaràs i aquelles disponibles per a l'assistència al part. S'ha aprofundit en

una reflexió bioètica de la pràctica assistencial que ens podem trobar en el dia a dia en les consultes d'atenció a l'embaràs o en les sales de parts: rutines antenatals (ecografia obstètrica, diagnòstic prenatal, sol·licitud de part natural, cesàries a demanda...).

L'ecografia obstètrica i el diagnòstic prenatal d'anomalies congènites són les tecnologies tractades amb deteniment en relació amb l'embaràs; ambdues presenten unes indicacions mèdiques encaminades a la detecció d'anomalies congènites, però per a les dones embarassades i les seves parelles sotmetre's a aquestes proves, moltes vegades, presenta significats i interpretacions força allunyades de les indicacions mèdiques. Després d'analitzar detalladament les indicacions i l'evidència científica disponible en relació amb cada una de les tecnologies sanitàries s'ha realitzat un apropament als aspectes socials i ètics vinculats a aquestes.

És en l'assistència al part, però, on el debat entre medicalització i humanització de l'assistència es fa més intens; el capítol cinquè aborda les diferents opcions d'assistència al naixement aprofundint en les demandes de cesària sense indicació mèdica o en l'assistència no medicalitzada al procés del part.

Finalment, s'ha dedicat la tercera part de la tesi a abordar el quart eix de debat: la qüestió del gènere en la relació assistencial. Hem iniciat la nostra reflexió fent un repàs de les transformacions polítiques i jurídiques de l'època moderna que promogueren els importants canvis en el pensament occidental conduint a l'acceptació i reconeixement de la vida humana individual. Fou aquest canvi de pensament el que permeté el desenvolupament i reconeixement del principi d'autonomia del pacient. L'individu autònom fou reconegut com a entitat original, lliure i igual als altres; els homes lliures i autònoms foren interpretats com a desencarnats i descontextualitzats, les dones foren conceptualitzades com a part de la natura i quedaren subjectes a la propietat i regulació dels homes. En aquest nou pensament el naixement d'un individu que s'havia de convertir en un nou ciutadà es transformà en un afer públic i es prioritzà l'interès per aconseguir

nadons sans, i s'oblidà la subjectivitat de la mare. En aquest punt hem aprofundit en el dilema entre tecnologia i deshumanització en l'assistència sanitària a la maternitat i ens hem interrogat sobre si és la tecnologia la responsable de la deshumanització de l'assistència o si darrere d'aquesta s'hi amaguen unes conductes patriarcals i dominants en front de les dones al llarg del procés de la maternitat. Hem volgut aportar una actitud crítica, en relació amb els fets assistencials: les dones han estat oprimides, des de sempre, de múltiples formes, en virtut de la seva condició biològica i social; fins i tot actualment, després de l'anomenada *emancipació femenina* gràcies a la qual moltes dones han aconseguit una important posició social, persisteixen formes de marginació o indiferència; i el món de l'assistència al naixement no n'és una excepció.

Ens hem acostat a les aportacions del feminisme a la filosofia moral, ens han semblat especialment adients les argumentacions de diferents teòriques feministes per tal de desemascarar les relacions de poder amagades en la relació assistencial: hem aprofundit en les aportacions de Carol Gilligan, Nancy Fraser i Seyla Benhabib. Finalment, s'ha realitzat una anàlisi de la responsabilitat ètica i professional, així com de la capacitat d'autonomia de la dona embarassada davant la presa de decisions en el procés d'assistència al naixement. Per fer-ho s'ha proposat una integració de diferents paradigmes ètics per tal d'aconseguir una integració entre la responsabilitat col·lectiva en el procés procreatiu i la responsabilitat individual en la presa de decisions en el si del procés assistencial.

Les conclusions d'aquest treball emfatitzen la necessitat d'establir una relació de confiança entre usuàries i professionals; una relació fonamentada en una actitud de compromís i diàleg que permeti una presa de decisions autònomes i responsables, finalitzant amb una proposta d'un model assistencial de tipus deliberatiu, en el qual emmarcar aquest procés assistencial. S'ha fet èmfasi en la necessitat d'integrar aquesta actitud dialògica en la definició de la professionalitat i la seva concreció en els projectes formatius.

# **Primera Part**

## **L'assistència a la maternitat:**

- **Indagant en les arrels històriques**





## I. L'interès pel procés reproductiu en la Grècia clàssica i en l'imperi romà

La cura i atenció al naixement en la Grècia clàssica era una ciència de dones basada en l'observació; es tractava d'una ciència empírica, pacientment acumulada i transmesa per tradició oral. Eren les dones llevadores les encarregades de l'atenció al llarg del procés procreatiu. Segons les lleis de l'època era condició necessària que la llevadora fos al seu torn mare i hagués superat l'edat de procrear. Sembla que a Grècia, entre els anys 800 i 500 aC, les llevadores van gaudir d'un elevat estatus social. Fenareta (500 aC), mare de Sòcrates, va ser llevadora de reconegut prestigi, d'això ens en parla Plató en els seus diàlegs, quan en la conversa mantinguda entre Sòcrates i Teetet, el primer compara la maièutica o art del filòsof amb el de les llevadores, practicat per la seva pròpia mare. Sembla que les llevadores d'aquell temps es classificaven en dos nivells professionals, les d'habilitat i experiència superior eren consultades en cas de tractar-se d'un part difícil mentre que les de nivell inferior atenien els parts normals.

Aquesta ciència empírica, practicada per les antigues llevadores, va ser recollida i escrita pels metges barons i recopilada juntament amb altres coneixements mèdics en el *Corpus hippocraticum*, aquesta nova ciència mèdica es va construir a partir d'aquests coneixements aplicant-hi un raonament lògic. D'aquesta manera es va anar construint una ciència masculina que tractava del

cos femení, tot i que a partir d'una acurada lectura dels textos hipocràtics no sembla que se'n pugui deduir un especial interès, per part de la nova medicina científica en l'assistència a l'embaràs o al part quan aquests es desenvolupaven sense especials complicacions.

### **1.1. L'inici de la medicina científica. Hipòcrates de Cos i el *Corpus hippocraticum***

Hipòcrates de Cos (460-380 aC) ha estat considerat des d'èpoques remotes com el pare de la medicina. Al voltant de la figura i de l'obra d'Hipòcrates s'ha escrit molt, no hi ha però seguretat absoluta en relació amb l'any del seu naixement, ni tampoc amb el de la seva mort. Sí que tenim, però, certesa absoluta de la seva existència.<sup>1</sup> Hi ha constància certa que Hipòcrates fou contemporani de Sòcrates i de Demòcrit, que va viure a la darrerria del segle V aC, coneixem també que havia nascut a Cos, illa dòria del mar Egeu, propera a la costa sud de l'Àsia Menor; cap a l'any 460 aC, el seu pare fou metge i fou ell qui possiblement l'inicià en l'art de la medicina; exercí la medicina tant a Cos, la seva illa natal, com en molts altres llocs de la zona; gràcies al seu art assolí una gran fama i es dedicà també a l'ensenyament de la medicina mitjançant

---

<sup>1</sup> De l'existència d'Hipòcrates de Cos en fan esment autors com Plató (Fedre), Aristòtil (Política), així com Menó, el deixeble d'Aristòtil, autor dels famosos *Iatrica* o Història de la medicina. També dos metges contemporanis de Plató: Ctèsias de Cnidos i Dicles de Caristos en fan esment; tot i que l'obra d'aquests metges s'ha perdut, Galè ha conservat alguns del seus comentaris, a través del quals podem comprovar que no tant sols es coneixien sinó que fins i tot estaven en desacord amb alguna de les seves teories. Per tal d'aprofundir en les proves històriques en relació a la figura d'Hipòcrates, es pot consultar: Vintrolà, E., Introducció a Hipòcrates, a *Tractats mèdics I*; Barcelona, Fundació Bernat Metge, 1972, pp. 9-89.

remuneració; visqué molts anys i morí probablement a Larissa on, segons la tradició, fou enterrat. Els seus dos fills i el seu gendre també exerciren com a metges, i van continuar, juntament amb altres deixebles, l'escola o tradició mèdica creada pel seu pare i mestre.

Si el consens en relació amb la figura d'Hipòcrates no és gens fàcil, més complicat esdevé arribar a un acord en relació amb l'adjudicació i la classificació de la seva obra. El *Corpus hippocraticum*, anomenat també *Col·lecció hipocràtica*, consta d'un conjunt de tractats, el seu nombre oscil·la entre cinquanta i cent, però l'autoria de cada un d'aquests no ha estat possible de determinar amb exactitud.<sup>2</sup> Les actuals recerques apunten a la idea que es tracta d'una col·lecció, inclosa en la biblioteca mèdica de Cos, en la qual hi ha obres del mateix Hipòcrates, apunts de classes, obres dels seus deixebles, així com d'altres autors de l'època, encloses les obres bàsiques d'escoles rivals, especialment la de Cnidos. L'absència de catàleg d'autors,<sup>3</sup> unida a la manca d'un registre d'entrada, més encara, de qualsevol tipus d'informació sobre

---

<sup>2</sup> Nestle atribueix com a primera obra d'Hipòcrates *Sobre la malaltia sagrada*; també li atribueix com a pròpies: *Sobre l'aire, l'aigua i la situació*; els llibres 1 i 3 de *Les Epidèmies*; *El Pronòstic* i els dos escrits quirúrgics principals: *Sobre les fractures dels ossos* i *Sobre la reducció de les luxacions*; la resta de les obres del Corpus les atribueix al seu gendre Polibi o a altres autors. Vid., Nestle, W., *Historia del espíritu griego; desde Homero hasta Luciano*; Barcelona, Ariel, 1984, pp. 109-116.

<sup>3</sup> Aquesta absència total de signatura nominal en els escrits hipocràtics sorprèn. Per què aquest anonimat tant sorprenent? És possible que el caràcter col·lectiu, però tancat, de la família mèdica d'Asclepi, regida i condicionada per la sèrie de preceptes ètic-morals que ens indiquen en el *Jurament*, la *Llei*, els *Preceptes*, etc., és a dir, la sèrie d'obres de contingut deontològic, comportés també aquest anonimat d'acord amb el principi de que el més important no era l'adscripció d'una teoria a un determinat metge, sinó el fet d'haver-la formulada gràcies a la barreja sàvia i prudent d'experiències i raonaments. Aquesta teoria, un cop formulada, havia de quedar en dipòsit i al servei de qualsevol metge de l'escola, que podia utilitzar-la i millorar-la en el curs del seu exercici professional. Aquesta és la hipòtesi que defensa Vintró, E., *op. cit.*, pp. 9-89.

l'origen de l'obra, va dificultar, fins i tot als alexandrins, la classificació cronològica dels llibres de medicina que van arribar a les seves mans.<sup>4</sup>

L'edició de l'obra hipocràtica d'Emile Littré (1839-1861), la més recent de les que recopilen i inclouen tot el *Corpus*, estableix l'existència de setanta tractats.<sup>5</sup> Littré utilitza quatre regles per tal de classificar el conjunt dels tractats hipocràtics: 1a Testimonis directes; 2a Assentiment comú dels antics crítics; 3a Aplicació de certs punts de la història de la medicina i 4a Concordança de les doctrines, similitud dels escrits i caràcter de l'estil.

Del conjunt dels tractats hipocràtics, però, tan sols alguns s'interessen pel fet reproductiu o per la salut de les dones: *Generació, Naturalesa de la dona, Malalties de les dones I i II, Dones eixorques, Naturalesa de l'infant, Malalties de les donzelles, Superfetació, Embriotomia, Fetus de set mesos i Fetus de vuit mesos*. Littré classifica totes aquestes obres, a excepció d'aquelles que tracten sobre el fetus de set i vuit mesos, com a «llibres que, essent tots del mateix autor, formen una sèrie particular en la Col·lecció hipocràtica. Aquest autor, però, no és conegut».<sup>6</sup>

Joly<sup>7</sup> també nega que l'autor de *Fetus de vuit mesos* sigui el mateix que el de la *Generació* i *Naturalesa de l'infant*, tot i que totes tres obres comparteixen el mateix centre d'interès: el coneixement teòric sobre el desenvolupament embriològic. Segons Joly, hi ha diferències importants quant al patiment de 40 dies del fetus en el seu desenvolupament, o quant a la causa del part prematur, així com en l'explicació de les causes de les malformacions. A *fetus de vuit mesos* es considera que tots els fetus es desenvolupen amb el cap a dalt, fet que

---

<sup>4</sup> *Ídem*.

<sup>5</sup> La classificació de Littré es acceptada per molts dels autors actuals, entre ells, Vintró, E., op. cit. Laín Entralgo, P., *La medicina hipocràtica*; Madrid, Alianza editorial, 1982 i Dean Jones, J., *Women's bodies in classical Greek Science*; New York, Oxford University Press, 1994.

<sup>6</sup> Vintro, E., op. cit., p. 73.

<sup>7</sup> Vegeu al respecte Hippocrate, *Tome XI. De la génération, de la Nature de l'enfant, des Maladies IV, du foetus de huit mois*; tr. i int. Joly, R., Paris, Les belles lettres, 1970, pp. 9-34.

no es confirma a *Naturalesa de l'infant*. Totes dues obres refuten la possibilitat d'una gestació d'onze mesos, però divergeixen quant al motiu. Joly admet, però, que les obres siguin de les mateixes dates, fi del segle V aC. S'ha atribuït l'obra ginecològica hipocràtica a Polyby, gendre d'Hipòcrates; hi ha algunes evidències que atribueixen l'obra a l'Escola de Medicina de Cos, però no es pot descartar definitivament, sempre, segons Joly, que no pugui ser de l'Escola de Cnidos.

La majoria dels autors que han estudiat l'obra hipocràtica avalen la hipòtesi que les obres ginecològiques pertanyen a l'Escola de Cnidos;<sup>8</sup> en canvi, els llibres relacionats amb el fetus de set i vuit mesos són catalogats per Littré com a «escrits que, mancats de prou autoritat per ser atribuïts a Hipòcrates, porten el segell de la seva escola».<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> El professor Bourgey, l'any 1953, publicà un estudi en el que classificava el conjunt de l'obra hipocràtica en tres escoles diferents, seguint com a punt de guia, les observacions de Galè. Segons Bougey, les tres escoles eren: la dels metges teòrics, la dels empírics, radicada a Cnidos, i la representada pels homes d'esperit positiu a Cos. Bourgey classificà totes les obres que tracten de ginecologia, excepte *fetus de set i vuit mesos*, com a obres de l'escola empírica, vid. Vintró, E., *op. cit.*, o Laín Entralgo, P., *op. cit.*, p. 292, on manifesta que tots els textos relacionats amb la ginecologia, tenen el seu origen en la medicina Cnida, en la que domina la nosologia per damunt de l'observació; en general l'escola Cnida practicava una medicina que era més brusca en els seus tractaments en front a una més gran precaució per part dels metges de Cos.

<sup>9</sup> Vintró, E., *op. cit.*, p. 73. Tanmateix Joly, M. R., (1970), *op. cit.*, especula sobre el fet que l'autoria del opuscle sobre el *fetus de set mesos* podria atribuir-se a Polyble, gendre Hipòcrates, però després d'analitzar els textos, no es reafirma en aquesta autoria i tant sols arriba a l'afirmació, que ambdós textos: *Fetus de set mesos* i *Fetus de vuit mesos*, són escrits d'una mateixa època, si be és possible que s'hagin escrit per dos autors diferents.

### 1.1.1. L'interès de la medicina hipocràtica en l'atenció a l'embaràs i naixement

Des del punt de vista del nostre interès en el tema, és a dir, per tal de determinar la relació entre aquests inicis de la medicina científica, reflectida en l'obra ginecològica del *Corpus*, i l'assistència quotidiana, a embaràs i naixement, en les dones de la Grècia clàssica, prescindirem de la classificació per autors, o fins i tot de la divisió de les obres segons la seva qualitat literària, i identificarem i agruparem tots els tractats de temàtica ginecològica segons el seu punt d'interès. En aquest sentit, podem establir dos apartats; en el primer inclourem els opuscles: *Generació*, *Naturalesa de l'infant*, *Fetus de set mesos* i *Fetus de vuit mesos*, que manifesten un interès fonamentalment teòric. Aquests opuscles pretenen fer una descripció del procés de la fecundació i el desenvolupament de l'embrió i el fetus; les afirmacions que hi trobem es basen exclusivament en el raonament i no tant en l'observació metòdica dels fenòmens.<sup>10</sup> És en el tractat *Generació* on s'aborda la qüestió que preocupava especialment al cos mèdic en relació amb la reproducció. L'objectiu de la classe mèdica se centrava a aclarir el nivell de participació de cada un dels membres de la parella en la concepció d'un embrió; per a l'autor, tant l'home com la dona ejaculaven i per tant tots dos membres aportaven la seva llavor que en barrejar-se permetia el desenvolupament de l'embrió; la possibilitat i qualitat de l'esperma de cada un dels membres de la parella era un tema fonamental d'estudi. Per a la medicina hipocràtica hi havia una doble participació de la dona en el naixement d'un fill, una primera participació a través de l'esperma o llavor:

---

<sup>10</sup> Aquesta afirmació Joly la fa extensa al conjunt de la ciència mèdica grega en la que l'especulació s'imposa sobre l'observació crítica i en la que l'experimentació metòdica hi juga un rol secundari.

«La dona també ejacula a partir de tot el cos, de vegades dins la matriu –i llavors la matriu esdevé humida– i altres vegades fora, quan la matriu està més oberta del que convindria».<sup>11</sup>

i una segona participació en la gestació uterina. En el llibre *Sobre la naturalesa de l'infant* es fa referència a com es formava el nou ésser; en general es pensava que sota l'acció de l'escalfor uterina la mescla de les llavors masculina i femenina es condensava i donava lloc a l'embrió, el qual es nodria de dues fonts, la primera la constituïa la sang menstrual, que durant l'embaràs quedava retinguda i no sortia a l'exterior; aquesta sang menstrual, en quedar-se a l'interior de l'úter es convertia en nutrició embrionària. La segona font de nutrició es trobava en l'alè de la mare, que es transformava en pneuma dins la massa embrionària. La possibilitat que el nou-nat podés presentar malformacions, o debilitat en el naixement, era també explicat per la medicina hipocràtica. Si tots els fills nascuts de pares forts eren dèbils, la causa s'hauria de buscar en la matriu, que no permetia una adequada alimentació del fetus; les malformacions s'explicaven bàsicament per agressions que el fetus hauria sofert al llarg del seu desenvolupament a l'interior de l'úter matern, i s'admetia, davant l'evidència, que fins i tot pares malformats podien tenir fills perfectament sans.<sup>12</sup>

El desenvolupament de l'embrió i el fetus era tema d'interès per als autors hipocràtics, però la lectura dels tractats ens fa suposar que aquest interès era

---

<sup>11</sup> Hipòcrates., Sobre la Generación 4, en *Tratados Hipocráticos VIII*; Int., tr. castellà i notes, de la Villa, J., Rodríguez, M. E., Cano, J., Rodríguez I., Madrid, Ed. Gredos, 2003, p. 251. “La mujer eyacula también a partir de todo el cuerpo, unas veces dentro de la matriz – y entonces la matriz se vuelve húmeda- y otras fuera, cuando la matriz es más abierta de lo conveniente”. Prèviament l'autor descriu l'ejaculació masculina. En la teoria de l'època es creia que l'esperma de l'home provenia de tot el cos, i era la millor part de tots els humors corporals, (això explicava la debilitat que l'home sentia després del coit). Així mateix també creien que tant l'home com la dona podia determinar el sexe de l'embrió. Tots dos espermes contenien les llavors masculina i femenina. La llavor masculina es creia que era més forta, i depenent de la combinació de llavors i de la seva fortalesa, el nou embrió esdevenia de sexe masculí o de sexe femení.

<sup>12</sup>*Ibid.* 8-11, pp. 255-257.

estrictament especulatiu. En la lectura del llibre *Sobre la naturalesa de l'infant* es troba una única descripció d'un embrió, que es classifica en l'obra com un embrió de set dies, i es basa en l'afirmació d'haver tingut la fortuna d'observar-lo, en una dona, a qui l'autor coneixia, que havia patit un avortament en una fase precoç del seu embaràs.

«Jo mateix he vist un embrió que, després de mantenir-se sis dies dins la matriu, va caure fora. ...Però, explicaré en primer lloc com vaig poder veure un embrió de sis dies. Una dona que jo conec...».<sup>13</sup>

Actualment sabem que l'avortament espontani és un fet relativament habitual al llarg de l'embaràs, especialment en les primeres fases de la gestació. Alguns autors fins i tot afirmen que un deu per cent dels embarassos no arriben a terme i són avortats de forma espontània en els primers mesos de la gestació.<sup>14</sup> Aquest fet pot ser considerat una mostra palpable d'aquest interès estrictament teòric de l'obra hipocràtica, i a més fa palesa la manca d'assistència clínica, per part de la classe mèdica, a les dones en tot allò relacionat amb el desenvolupament de l'embaràs i el naixement. Si els metges hipocràtics haguessin atès les dones embarassades, haurien tingut possibilitat de descriure un nombre important d'embrions avortats.

La resta dels tractats hipocràtics els classifiquem en un segon apartat, amb un centre d'interès diferent, centrat en les patologies femenines. S'ocupen

---

<sup>13</sup> Hipòcrates., *Sobre la Naturaleza del Niño* 8-11. en *Tratados Hipocráticos VIII*; Int., tr. castellà i notes de la Villa, J., Rodríguez, M. E., Cano, J., Rodríguez I., Madrid, Ed. Gredos, 2003, p. 261. “ Yo mismo he visto un embrión que, tras permanecer seis días en la matriz, cayó fuera....Pero explicaré antes cómo pude ver un embrión de seis días. Una mujer conocida mía...”.

<sup>14</sup>González Merlo, J., *Obstetricia*; Barcelona, Salvat, 1985, p. 287. De fet, l'autor afirma que l'avortament espontani es presenta en el 10% dels embarassos, però a aquesta xifra cal afegir-hi aquells avortaments que es donen en els primers dies de la gestació, i que per tant no s'arriben a diagnosticar, es calcula que la incidència d'aquests avortaments precoces oscil·len al voltant d'un 30%. Això implica que el nombre d'avortaments espontanis s'acosta al 40%.



de la descripció de les malalties relacionades amb l'aparell genital femení. L'interès de la medicina del *Corpus hippocraticum* pels temes ginecològics presenta algunes peculiaritats; al llarg dels capítols dels tractats ginecològics s'observa una idea que traspua i es repeteix, i que es fonamenta en la creença que les relacions sexuals i especialment la maternitat ajuden a prevenir i evitar les malalties ginecològiques. Així, hi podem llegir:

«En allò referent a les malalties de les dones, dic que una que no ha donat a llum cap fill pateix trastorns menstruals més aguts i freqüents que aquella altra que ha tingut fills».<sup>15</sup>

S'hi repeteixen les descripcions dels trastorns relacionats amb les alteracions de les pèrdues menstruals, tant fora de l'embaràs, com les alteracions del loquis en el període puerperal;<sup>16</sup> de fet ambdós tipus de problemes apareixen sovint mesclats, sense que se'n faci una clara distinció. Es fa esment també als trastorns derivats de la migració de l'úter, ja que es creia que l'úter tenia capacitat de desplaçar-se per l'interior del cos, i que les relacions sexuals ajudaven a mantenir la humitat necessària, per tal d'evitar-hi el desplaçament.

«Quan l'úter es desplaça cap al cap i les calorades es concentren allà, el cap pesa... Si l'úter produeix calorades per haver-se desplaçat en

---

<sup>15</sup> Hipòcrates, Sobre las enfermedades de las mujeres I, en *Tratados Hipocráticos IV*; Tr., castellà i notes Sanz, L., Madrid, Ed. Gredos, 1988, p. 47. "En lo referente a las enfermedades de las mujeres, digo que una que no ha dado a luz hijo alguno padece trastornos menstruales más agudos y frecuentes que la que ha tenido hijos".

<sup>16</sup> Els loquis són aquelles pèrdues hemàtiques que flueixen pels genitals després del part i al llarg del període puerperal. Vid., González Merlo, L., *op. cit.*, p. 273-74.

direcció al cor i l'aire puja amunt com empès per una força, la malalta sent agitació i claustrofòbia».<sup>17</sup>

....

«l això és el que cal fer en el cas que la dona sigui vídua; el millor és que es quedi embarassada. En el cas de la dona verge, se l'hi ha d'aconsellar cohabitar amb un home».<sup>18</sup>

Els tractats ginecològics es refereixen a situacions patològiques, les malalties es descriuen seguint sempre un mateix ordre, després de fer una descripció dels símptomes, s'entra en un extens apartat de tractaments encaminats al guariment de les malalties. Els llibres: *Naturalesa de la dona, Malalties de les dones I i II, Dones eixorques, Malalties de les donzelles, Superfetació i Embriotomia*, es preocupen especialment per tots els tipus de malalties ginecològiques; no s'hi observa, però, gens d'interès per la descripció de l'anatomia o la fisiologia, tampoc s'hi tracta amb gaire aprofundiment l'atenció a l'embaràs i al part, quant aquests transcorren i es desenvolupen de forma fisiològica. Sí que, en canvi, s'hi fa una descripció detallada del procés quirúrgic de mutilació del fetus mort, per tal de procedir a l'extracció.<sup>19</sup>

Per tal d'intentar aprofundir en el nostre centre d'interès, el coneixement de la relació de la medicina hipocràtica amb l'atenció a l'embaràs i el part, cal que en primer lloc intentem respondre, a través de la lectura dels textos, les

---

<sup>17</sup> Hipòcrates, (1988), *Sobre las enfermedades de las mujeres* II 123, *op. cit.*, p. 217. “ Cuando la matriz se desplaza hacia la cabeza y la sofocación se centra allí, la cabeza pesa....Si la matriz causa sofocación por haberse desplazado hacia el corazón y el aire llega hacia arriba como empujado por una fuerza, la enferma siente agitación y claustrofobia”.

<sup>18</sup> *Ibid.* 127, p.221. “Y esto es lo que conviene hacer en el caso de la mujer que es viuda; lo mejor es que se quede embarazada. En el caso de la mujer virgen, se le debe aconsejar cohabitar con un hombre”.

<sup>19</sup> La descripció del procés podem travar-la a Hipòcrates (1988), *Sobre las Enfermedades de las Mujeres I 69-70*; p. 139-141, i de forma encara més detallada en el petit opuscle: Hipòcrates., (1988), *Sobre la excisión del feto 1-4, op. cit.*, pp. 353-355, que es dedica exclusivament a la descripció del procés i a l'atenció que cal donar a la dona.

qüestions relacionades amb la possibilitat d'accés al coneixement científic dels processos de gestació i part, per part de la nova medicina científica, quina era la possibilitat dels metges homes d'accedir a l'exploració i tractament de les dones, en temes relacionats amb la ginecologia i la reproducció; també ens cal esbrinar quina era l'acceptació que entre les dones de l'època tenien les prescripcions d'aquesta nova medicina, i quina capacitat de decisió o d'autonomia tenia la dona en el procés assistencial. Finalment, ens interessarem per conèixer si la medicina de l'època podia ser exercida per dones.

### **1.1.2. La medicina hipocràtica i la seva relació amb el cos de les dones en el procés procreatiu**

Una qüestió debatuda actualment se centra a contestar la pregunta de si els metges d'aquest període tenien oportunitat d'accedir a l'estudi i tractament del cos de les dones. S'ha postulat que per als metges de l'època hipocràtica, de sexe masculí, el cos de les dones era totalment inaccessible. No podien realitzar exploracions i depenien de la informació que els donava la mateixa dona, que era qui s'explorava; o en tot cas depenien de la mediació d'una tercera persona, possiblement la llevadora, que era qui realitzava l'exploració genital a les dones, per després, facilitar la informació obtinguda al metge, que era qui prescrivia el tractament.

Podem trobar un exemple del fet que era la mateixa dona la que s'explorava en cas de malalties ginecològiques en el llibre *Malalties de les dones I*, on podem llegir:

«Fróntide es va veure afectada per tot allò que pateixen les dones que no alliberen els loquis. A més, va notar un dolor en les parts genitals i al

tacte ella va arribar a trobar que estaven obstruïts i ho va dir. Sotmesa a tractament, li van baixar els loquis<sup>20</sup> i va tornar a estar sana i fèrtil. Si no hagués estat sotmesa a tractament i no haguessin irromput els loquis de forma espontània, l'úlceres s'hagués fet més grossa i, sense tractament, s'hauria donat el perill que les úlceres es convertissin en canceroses».<sup>21</sup>

Els tractaments ginecològics prescrits es basaven, bàsicament, en l'administració de dietes especials, solucions orals i laxants de tota mena i, especialment, en l'aplicació de pessaris. Els pessaris eren uns dispositius semblants a supositoris, que es col·locaven per via vaginal i en els quals damunt d'una base que podia ser un tros de llana o de roba, i fins i tot una ploma, s'hi col·locaven diferents substàncies i unguents amb finalitat terapèutica. En les prescripcions d'aquests pessaris que es fan en els llibres: *Sobre les malalties de les dones I i II* no queda clar qui s'encarregava de col·locar-los. Les prescripcions solen fer-se en infinitiu, dirigides a una segona persona, que podia ser el lector del llibre de ginecologia, possiblement un metge o podria ser que aquesta prescripció es dirigís a la dona medidora, és a dir, la llevadora. Fins i tot, en certes ocasions, es pot entendre que es fa referència a la mateixa malalta per tal que sigui ella la que es col·loqui els pessaris. En alguns casos, les indicacions van clarament dirigides a la malalta, llavors les prescripcions es fan en tercera persona i en imperatiu. Així en l'apartat que fa referència al tractament dels prolapses d'úter podem llegir:

---

<sup>20</sup> Els loquis, com ja s'ha esmentat, són les pèrdues vaginals que apareixen en els dies següents al part, i que procedeixen de la cicatrització de la ferida uterina deguda al despreniment de la placenta.

<sup>21</sup> Hipòcrates, (1988), *Sobre las enfermedades de las mujeres I* 40; p.107. "Frontide se vio afectada por todo lo que sufren las mujeres que no liberan los flujos loquiales. Además, se le localizó un dolor en las partes genitales y al tacto ella llegó a notar que estaban obstruidas y lo dijo. Sometida a tratamiento, le vinieron los loquios y volvió a estar sana y fértil. Si no hubiera estado sometida a tratamiento y no hubieran hecho irrupción los loquios espontáneamente, la úlcera se habría hecho más grande y, sin el tratamiento, se habría dado el peligro de que las llagas se convirtieran en cancerosas".

«Una vegada que la pacient s'hagi remullat i posat el més neta possible, llavors cal que s'apliqui aquest pessari en l'orifici uterí i es passi un tros de roba per sota del maluc i s'estigui estirada, al llarg de tota la nit».<sup>22</sup>

De la presència d'una altra dona, la llevadora, al costat de la malalta, que era qui en certs casos feia les exploracions, en podem trobar evidència a *Malalties de les dones I*:

«Hi ha algunes dones que aconsegueixen concebre fàcilment, però no aconsegueixen que els seus embarassos arribin a terme... Se'n poden reconèixer les causes preguntant-ho. En allò que respecte a l'estat llis (de l'úter), caldria que una altra dona toqués l'úter de l'afectada quan aquest estés buit, ja que d'una altra forma no és diàfan el reconeixement».<sup>23</sup>

Quan es fa referència a l'atenció al part, l'esment de la llevadora, com a persona directament implicada en l'assistència, es fa encara més evident. Un exemple de l'atenció de la llevadora en el moment del part el podem trobar també a *Malalties de les dones I*:

«Que la llevadora obri suaument el coll de l'úter i ho faci amb molta cura, i que tibi del cordó umbilical, al mateix temps que del fetus».<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup>*Ibid.*, p. 312., *Sobre las mujeres estériles*; 18(230). “Una vez que la paciente se haya remojado y puesto lo más limpia posible, que se aplique ese pesario al orificio uterino y se pase un trozo de tela por debajo de la cadera permaneciendo echada toda la noche.”

<sup>23</sup>*Ibid.*, pp. 81-82, *Enfermedades de las mujeres I*; 21. “Hay algunas mujeres que conciben fácilmente, pero no pueden llevar a término su embarazo...Se pueden reconocer estas causas al preguntar con exactitud en relación con todo esto. En lo que respecta a ese estado liso, haría falta que otra mujer tocara el útero de la afectada cuando estuviese vacío, pues de otro modo no es diáfano el reconocimiento.”

<sup>24</sup>*Ibid.*, 68, p. 139. “Que la comadrona abra suavemente el cuello del útero y lo haga con cuidado, y que tire del cordón umbilical al mismo tiempo que del feto”.

De l'existència de dones llevadores, i de les seves qualificacions i habilitats en l'assistència als parts i en tots aquells temes relacionats amb la procreació, en trobem bona nota, no tan sols en les obres mèdiques del *Corpus hippocraticum*, sinó també, com hem mencionat anteriorment, en altres textos de l'època. Un bon exemple, per tal d'aprofundir en el coneixement de qui atenia les dones en el procés procreatiu, i com s'assistien els naixements, el podem trobar en Plató, concretament en el *Teetet*, quan fa referència a Fenareta, mare de Sòcrates, que, com ja hem mencionat, fou llevadora:

«Sòcrates: Les llevadores, doncs, administrant remeis, i també amb l'ús d'ungüents, poden provocar dolors de part, alleugerir-los si volen i fer parir les dones en els parts difícils. I fer avortar el fetus si això es decideix quan encara és petit».<sup>25</sup>

D'aquest text podem deduir que eren aquestes dones, que s'havien de trobar ja en el període de climateri,<sup>26</sup> les que tenien cura de l'atenció als naixements. Els seus coneixements en pocions i remeis feia que l'atenció a aquells processos d'atenció a la vida, entre els que hi destaca embaràs i naixement, se'ls hi encarreguessin en exclusivitat, a causa de la seva qualitat de remeieres i llevadores.

---

<sup>25</sup> Plató., *Teeteto 149-d*; Int., Fernández-Galiano, M., tr., castellano Pabón, J.M. i Fernández-Galiano, M., Madrid, Alianza Editorial, 1990, p. 83-84. "Sócrates: Las comadres, pues, suministrando remedios, y también por el uso de ensalmos, pueden provocar dolores de parto, aliviarlos si quieren, y hacer alumbrar a las mujeres de parto difícil. Y hacer abortar el feto si ello se decide cuando aún es pequeño".

<sup>26</sup> *Íbid.*, 149-b, p. 83. Plató fa esment que aquestes dones ja no es podien trobar en edat de procrear, però havien d'haver tingut fills, per tant és lògic deduir que eren dones que havien sobrepassat la menopausa, per tant de més de 50 anys.

Alguns autors,<sup>27</sup> però, discuteixen fortament l'afirmació que el metge no tingués accés a l'exploració directa de les dones, i afirmen que era habitual que els metges realitzessin exploracions ginecològiques, per tal d'esbrinar i arribar a un correcte diagnòstic de les afeccions genitals. De fet, podem trobar exemples al llarg dels tractats hipocràtics, que fan evident que el metge, en certes ocasions, explorava ell mateix la malalta i practicava intervencions quirúrgiques. Un exemple el trobem quan es fa referència a la dificultat de sortida del fetus mort després d'un avortament, i indica el tractament a aplicar:

«En cas que en un avortament no es pugui produir l'expulsió per ser el fetus massa gros...També es pot provar amb les sacsejades, fent-les de la forma següent: agafar un llit alt i sòlid i, després de prepararla, fer-hi estirar la dona ajaguda sobre l'esquena; el pit, les aixelles i els braços cal subjectar-los al llit i cenyir-los amb una cinta o cinturó ample i tou. Doblegar-li les cames juntes i subjectar-li els turmells. Quan el metge l'hagi prepara't, que disposi d'un feix de llenya flexible, o alguna altra cosa que s'hi assembli, de manera que el llit en ser tirat contra el terra no el toqui amb les potes de la capçalera».<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Vid., Rouselle, A., *Porneia del dominio del cuerpo a la privación sensorial*; Barcelona, Edicions 62, 1983, o també Manuli, P., *Fisiologia e patologia del femminile negli scritti hipocratici dell'antica ginecologia greca*; en Grmek, M.D., *Hippocratica actes du Colloque hippocratique de Paris*, 4-9 septembre 1978; Paris, Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1980. En ambdues obres es discuteix sobre aquest tema i sobre la possibilitat de coexistència de les tres modalitats, depenen dels casos i les sensibilitats.

<sup>28</sup>Hipòcrates, (1988), *op. cit.*, pp. 137- 138. *Enfermedades de las mujeres I*; 68. “En caso de que en un aborto no se pueda producir la expulsión por ser el feto demasiado grande...También se puede probar con las sacudidas, sirviéndose de ellas de este modo: coger una cama alta y sólida y, después de prepararla, acostar a la mujer boca arriba; el pecho, las axilas y los brazos sujetos al lecho y ceñidos con una cinta o cinturón ancho y blando. Doblarle las piernas juntas y sujetarle los tobillos. Cuando el médico la haya preparado, que disponga un haz de leña flexible, o algo que se le parezca, de tal modo que el lecho al ser lanzado contra el suelo no lo toque con las patas que están a la cabecera”.

Una lectura detallada dels tractats ginecològics hipocràtics ens posa en evidència que l'atenció a les dones al llarg de l'embaràs i el part es tracta sempre de forma marginal, i ocupa tan sols una part reduïda en relació amb les alteracions de la menstruació o als problemes ginecològics. Eren les malalties que patien les dones allò que entrava en el camp de la patologia, el que preocupava els metges. L'interès per l'embaràs era bàsicament de tipus teòric, i se centrava en el coneixement del procés de la concepció i el desenvolupament del fetus a l'interior del cos matern, també hi trobem un interès estrictament teòric, en el coneixement dels mecanismes pels quals es desencadena el part:

«Quan li arriba a la dona el moment del part, llavors es produeix que el nen, en bellugar-se i agitar mans i peus, trenca una de les membranes interiors; i, quan una es trenca, les altres tenen ja menys força; primer es trenquen les que contenen la primera, i després l'última. Quan les membranes s'han trencat, en aquest moment el fetus s'allibera de les lligadures i surt de la matriu agitant-se».<sup>29</sup>

En canvi, l'atenció a l'embaràs i el part quan es desenvolupaven de forma fisiològica, no es considerava competència professional dels metges hipocràtics. Tot i que consideraven l'embaràs com a beneficiós per a totes les dones, perquè prevenia així futures alteracions i malalties.

La medicina hipocràtica també s'interessa per la descripció teòrica de les causes dels parts difícils, especialment quan el fetus no es presenta en posició adequada:

---

<sup>29</sup>Hipócrates., (2003), *op. cit.*, p. 285. *Sobre la naturaleza del niño*; 30. “Cuando le llega a la mujer el momento del parto, ocurre entonces que el niño, al moverse y al agitar manos y pies, rompe una de las membranas interiores; y, cuando una se rompe, las otras tienen ya menos fuerza; primero se rompen las que contienen a la primera, y después la última. Cuando las membranas se han roto, en ese momento el niño se libera de su atadura y sale de la matriz moviéndose”.



«Si a l'embarassada li arriba el temps de donar a llum, sent dolors i no pot parir, tot i haver transcorregut molt de temps, generalment, la causa està en que la criatura es presenta completament de costat o amb els peus per davant, quan hauria de presentar-se de cap. El cas és el mateix que el d'introduir un os d'alguna fruita en un recipient de boca estreta i no poder treure'l bé de costat. D'igual manera, el fetus constitueix un greu problema per a la dona quan es presenta de costat, ja que no pot sortir. També representa un problema greu si surt dempeus; amb freqüència moren les mares, o les criatures, o ambdós. Tanmateix, hi ha una altra raó per la qual la criatura no pot sortir amb facilitat, a saber, quan està morta, està afectada de paràlisi o són bessons».<sup>30</sup>

El tractat *Superfetació* està dedicat bàsicament a les complicacions en el naixement, en situacions extremadament complexes. En aquest mateix tractat trobem un apartat on es fa referència a l'atenció, per part del metge, a un part de bessons: «Si al metge li sembla que els genitals estan més secs del que cal, que els unti amb cera».<sup>31</sup> El llibret *Embriotomia* es dedica exclusivament a explicar les tècniques necessàries per mutilar i extraure el fetus, després de la seva mort a l'interior de l'úter.

---

<sup>30</sup> Hipòcrates., (1988), *Enfermedades de las mujeres I*, 33, p. 92. «Si a la embarazada le llega el tiempo de dar a luz, siente dolores y no puede parir pese a haber transcurrido mucho tiempo, por lo general, la causa está en que la criatura se presenta completamente de costado o con los pies por delante, cuando debe presentarse de cabeza. El caso es el mismo que el de introducir un hueso de alguna fruta en un lécito de boca estrecha y no poder sacarlo bien de lado. De igual forma, el feto constituye un grave problema para la mujer cuando se presenta de lado, pues no puede salir. También representa un grave problema si sale por los pies; con frecuencia mueren las madres, o las criaturas, o ambos. Asimismo, hay otra razón por la cual la criatura no puede salir con facilidad, a saber, cuando está muerta, está afectada de parálisis o son gemelos”.

<sup>31</sup> *Íbid.* p. 334. *Sobre la superfetación*; 4. «Si al médico le parece que los genitales están más secos de lo conveniente, que los unte con cerato”.

Dean-Jones<sup>32</sup> afirma que les dones de la Grècia clàssica preferien curar-se i tractar-se elles mateixes o recórrer, en tot cas, a la medicina tradicional practicada per dones coneixedores de tractaments i cures ancestrals. Els homes haurien acceptat amb més facilitat la nova medicina, practicada pels metges hipocràtics. Una prova d'aquesta hipòtesi la troba Dean-Jones en el fet que els casos mèdics descrits a *Epidèmies* fan esment gairebé sempre a descripcions de casos clínics masculins, i que en poques ocasions es descriuen casos clínics que es refereixen a dones; fins i tot quan es parla de malalties de sexe femení, se les refereix com a dona de..., filla de..., o germana de..., sempre per tant apareixen amb una referència masculina, generalment el cap de la casa, que és qui suposadament avisava el metge davant la gravetat de la situació.

Una mirada als textos hipocràtics ens permet refermar-nos en aquesta afirmació en relació amb la reticència que mostraven les dones a anar al metge, per tal de ser tractades de problemes ginecològics:

«...les dones pateixen malalties pròpies i de vegades ni tan sols elles saben que els passa fins que no experimenten les malalties que provenen de les regles i es van fent velles. En aquest cas, la necessitat i els temps els ensenya la causa de les afeccions. De vegades, a aquelles que no coneixen la causa del seu trastorn les afeccions els arriben a resultar incurables, ja abans que el metge hagi pogut aprendre correctament de boca de la malalta el mal pel qual es veu afectada. En efecte, s'avergonyeixen d'explicar-ho encara que ho sàpiguen, i per inexperiència i desconeixement els sembla vergonyós».<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Vid., Dean-Jones, J., *Women's bodies in classical Greek Science*; New York, Oxford University Press, 1994, p. 34-35.

<sup>33</sup> Hipòcrates., 1988, *op. cit.*, p. 127. *Enfermedades de las mujeres I*; 62, "... las mujeres tienen enfermedades propias y a veces ellas ni siquiera saben qué les pasa hasta que no experimentan las enfermedades provenientes de las reglas y se van haciendo viejas. En ese caso, la necesidad y el tiempo les enseña la causa de las afecciones. A veces, a las que no conocen la causa de su trastorno las afecciones les

Aquesta mateixa hipòtesi es pot mantenir pel que fa a l'atenció a l'embaràs i el part. Els parts només es descriuen en les obres ginecològiques hipocràtiques si són complicats, mentre que els parts normals es deixaven en mans de les llevadores que, com a dones experimentades, estaven en possessió d'un ampli coneixement empíric sobre l'atenció i cura del naixement. Aquestes dones eren les dipositàries d'uns sabers que havien adquirit de forma empírica, amb la transmissió dels coneixements de mestres a deixebles, i que eren les més ben capacitades, per tal de donar assistència.

Per tant, podem concloure aquest apartat dedicat a l'obra ginecològica hipocràtica afirmant que, en la Grècia clàssica, la medicina tradicional, aquella basada en el coneixement empíric i mític, practicada habitualment per dones, va coexistir amb la nova medicina científica, i que en aquest període l'atenció al naixement, com a fet fisiològic, quan no presentava complicacions i es desenvolupava amb normalitat, no constituïa camp d'interès per a la nova medicina científica. Podem afirmar que l'assistència a embaràs i naixement eren considerades cures necessàries per tal de mantenir la vida, i no incumbien a la nova medicina, que es preocupava de la lluita contra la malaltia i la mort.

L'interès de la nova medicina hipocràtica en les afeccions femenines se centrava en aquelles malalties relacionades amb les pèrdues menstruals, les leucorrees,<sup>34</sup> o els moviments de l'úter. La dedicació de la medicina al naixement se centrava només en l'expulsió dels avortaments retinguts o dels fetus que no aconseguen néixer a causa de complicacions o malposicions a l'hora del part, així com, i de forma especial, en el coneixement teòric de les causes de la fecundació i del desenvolupament del fetus, dels motius que ocasionaven esterilitat o dificultats en la progressió de l'embaràs; però es tractava en tots els

---

llegan a resultar incurables ya antes de que el médico haya podido aprender correctamente de boca de la enferma el mal por el que se ve aquejada. En efecto, se avergüenzan de contarlo aunque lo sepan y por inexperiencia y desconocimiento les parece vergonzoso”.

<sup>34</sup> La leucorrea es la presència d'un excés de flux vaginal, generalment degut a la presència d'alguna infecció en el tracte genital.

casos d'un interès purament teòric, i gairebé mai interessat en l'actuació pràctica en l'assistència al conjunt de la població femenina en el procés de l'embaràs i el part.

No podem deduir, a partir dels textos mèdics, quin era el paper de la dona en les decisions que calia prendre al llarg del procés assistencial de l'atenció a la maternitat. Sabem que per a grecs i romans, fins a final del segle II, quan es van instal·lar les morals estoica i cristiana, l'exposició de nens i l'infanticidi eren pràctiques habituals que no eren mal vistes. Els nadons eren acceptats en societat, en virtut d'una decisió del pare de família, que era qui posseïa la prerrogativa. Immediatament després del naixement del nen, la llevadora dipositava el nadó al terra i era el pare qui decidia si l'acceptava en el si familiar i, per tant, estava disposat a criar-lo, o en cas contrari el nadó seria deixat a la porta de casa, on podia ser recollit per una altra família que s'hagués decidit a criar-lo. El nadó podia ser també exposat, si el pare absent del seu domicili, així o deixava pactat abans d'anar-se'n; grecs i romans sabien que els egipcis, germànics i jueus criaven a tots els seus fills, però per a ells el fet d'abandonar o ofegar les criatures amb malformacions, era una qüestió habitual. Calia separar allò bo d'allò que no servia per a res, en paraules del mateix Sèneca.<sup>35</sup> Les famílies de classe acomodada, de vegades, no criaven els seus fills, si consideraven que no els podrien donar l'educació adequada per tal d'esdevenir creditors de la dignitat que per classe els corresponia. Sembla que la mare no tenia res a dir, tenia un paper absolutament passiu, i des de la seva cadira ginecològica, en la qual acabava de donar a llum al seu fill, esperava la decisió del seu marit, el pare de família que tenia i exercia la *pàtria potestas*.

Fins aquest moment hem suposat que els metges, deixebles de la medicina hipocràtica, eren sempre homes; però podem interrogar-nos sobre

---

<sup>35</sup> Per a millor coneixement dels costums privats de Grecs i Romans es pot consultar: Veyne, P. El Imperi Romano a Ariès, P., i Duby, G., *Historia de la vida privada. Del Imperio romano al año mil*; tr., castellà Pérez Gutierrez, F., Madrid, Santillana Editores, 2003.

l'existència d'alguna dona que practiqués la medicina. Plató, a *La República*, ens parla de la capacitat d'algunes dones per exercir la medicina, entenent que la dona estava dotada de les mateixes capacitats que l'home; fent èmfasi, però, en la major debilitat de la natura del sexe femení, i deixant constància que «la dona és, en tot, més dèbil que l'home».<sup>36</sup>

## 1.2. Entre el mite i la realitat: El cas d'Hagnodiké

És probable que algunes dones exercissin la medicina en la Grècia clàssica, però segurament ho feien partint d'uns coneixements adquirits de forma exclusivament pràctica. Una de les figures més citades i controvertides en relació amb aquest tema és Hagnodiké (300 aC), de qui es diu que per tal d'evitar la prohibició, que impedia a les dones l'accés als estudis de medicina, es va disfressar d'home; va aprendre tot allò referent a la ginecologia, seguint les indicacions d'Heròfil, metge d'Alexandria; posteriorment Hagnodiké es va traslladar a Atenes on exercí amb molt de prestigi. El seu èxit aviat va ser tan important que els seus col·legues la van denunciar, sota l'acusació de seducció de les esposes dels honorables ciutadans.

Sembla que Hagnodiké exercia vestida d'home, però desvetllava la veritat del seu sexe a aquelles dones que atenia. Quan es va descobrir el frau, Hagnodiké va ser sotmesa a judici públic i condemnada. Les dones d'Atenes es van manifestar en contra de la sentència del tribunal i molt especialment en contra del fet que les dones no poguessin exercir la medicina, sembla que llavors

---

<sup>36</sup> Plató, *La República* V. I. 455 e; Int., Fernández-Galiano, M., tr., castellà, Pabón, J.M. y Fernández-Galiano, M.; Alianza Editorial, Madrid, 1990, p.270.

la llei que prohibia a les dones l'accés als estudis de medicina va ser derogada.<sup>37</sup> Altres autors (Towler i Bramall, 1977; Siles, 1999) expliquen la mateixa història, però cataloguen Hagnodiké com a llevadora, fins i tot l'esmenten com *la llevadora d'Atenes*. Segons aquesta segona versió, en l'Atenes del segle III aC l'actitud cap a les llevadores havia fet un canvi radical i sembla que havien perdut l'estatus social que tenien en l'època en què exercia la mare de Sòcrates; finalment i a causa de la forta pressió de les dones ateneses, que no acceptaven la intromissió dels homes en l'atenció al procés de la maternitat, les autoritats varen acceptar que tres dones poguessin exercir com a llevadores a Atenes: «tres del mateix sexe han de practicar aquest art a Atenes».<sup>38</sup>

### 1.3. Les aportacions teòriques d'Aristòtil

Les idees i l'obra d'Aristòtil modifiquen substancialment les teories defensades i exposades en el *Corpus hippocraticum*. Aristòtil (384-322 aC) era fill de metge i descendent d'una nissaga de metges d'Estagira. Tot i que no va exercir mai la medicina a nivell pràctic, sí que va mostrar un profund interès en el coneixement teòric de la reproducció i de la generació de l'embrió, i en la participació de cada un dels membres de la parella en la concepció d'un nou

---

<sup>37</sup> Dean Jones, M., *op. cit.*, pp. 31-33. Segons l'autora aquesta metgessa va ser sotmesa a judici per practicar sota atribucions falses. Quan la varen denunciar com a professional que seduïa a les esposes dels ciutadans, ella va descobrir el seu vertader sexe. Llavors va ser acusada de practicar de forma il·legal l'assistència al part i de practicar avortaments. En el judici ella va afirmar que havia arribat a practicar la intervenció cesària. Dean-Jones, L., però, posa en dubte que aquesta història pugui ser vertadera.

<sup>38</sup>Towler, J., i Bramall, J., *Comadronas en la historia y en la sociedad*; Barcelona, Masson, 1997, p.15. "tres del mismo sexo debían practicar este arte en Atenas".

ésser. Entre les obres d'Aristòtil figuren una sèrie de tractats de biologia;<sup>39</sup> aquests llibres han quedat força eclipsats per la importància de la resta de la seva obra que investiga els temes que entren de ple dins del camp tradicional de la filosofia: lògica, metafísica, ètica...

La teoria d'Aristòtil sobre la gènesi de l'ésser humà va produir un important canvi quant a la creença sobre la participació masculina i femenina en la concepció. Segons aquesta teoria, la dona no produïa esperma, sinó que només aportava la sang menstrual.

«La prova que la femella no aporta esperma del mateix tipus que el mascle, ni la generació es forma per la mescla dels dos, com alguns afirmen, és que moltes vegades la dona concep sense haver sentit plaer en el coit».<sup>40</sup>

El semen, segons Aristòtil, era resultat d'una transformació de la sang i es caracteritzava per la seva potencialitat d'infondre forma (organització i estructura) a la matèria, que era la sang menstrual de la dona (matèria passiva que requeria el moviment, la calor i el pneuma del semen del baró per a la creació d'un nou ésser).

El paper de la dona en la concepció, segons la nova teoria aristotèlica, es reduïa a ser un receptacle, en el qual podia desenvolupar-se l'esperma masculí.

---

<sup>39</sup> Entre ells podem destacar: *Reproducción de los animales; Sobre la generación y la corrupción; i Tratados breves de historia natural.*

<sup>40</sup> Aristòtil., *Reproducción de los animales* 727 b5, Int., tr., i notes Sánchez, E. Madrid, Biblioteca clásica Gredos, 1994, p. 108. "La prueba de que la hembra no echa esperma del mismo tipo que el del macho, ni la generación se produce de la mezcla de ambos, como algunos afirman, es que muchas veces la hembra concibe sin haber tenido placer en el coito."

La forma del nou ésser (allò calent, allò actiu) la posava la llavor masculina, mentre que la matèria de l'embrió (allò fred, allò passiu) l'aportava la dona.<sup>41</sup>

Per tant, per a Aristòtil no podia ser certa la teoria defensada en el *Corpus hippocraticum*, segons la qual era la calor produïda per l'excitació i el plaer de l'acte sexual la que generava la producció del semen en ambdós sexes.<sup>42</sup> Des del punt de vista d'Aristòtil, la naturalesa de la dona era imperfecta, les femelles eren per així dir-ho, barons estèrils, «mascles mutilats».<sup>43</sup> Mitjançant aquestes observacions i raonaments es va produir un moviment de pèndol, d'una banda es va descobrir que la dona podia concebre sense plaer, però d'altra banda aquest fet negava la contribució femenina a l'acte procreatiu, proclamant l'absència de llavor femenina. Hauran de passar molts segles fins que amb el descobriment de l'ovulació femenina es pugui aclarir el paper femení en la dotació genètica del nou individu.

L'atenció i assistència als aspectes corporals relacionats amb la procreació seguien sent considerades tasques femenines; els metges, contemporanis d'Aristòtil, no s'acostaven a la dona embarassada o a la partera, però els aspectes teòrics, desenvolupats a través del *logos*, pertanyien al nou saber mèdic que es transmetia per escrit i al qual les dones no acostumaven a tenir accés. Aquesta dissociació entre el saber pràctic i el saber teòric va provocar una devaluació del primer que va adquirir una baixa consideració social.

---

<sup>41</sup> Aristòtil tracta en el seu llibre *Reproducción de los animales* sobre les funcions generatives tant en els animals com en l'ésser humà; l'obra s'organitza en cinc llibres, els tres primers versen sobre la procreació, i els dos últims sobre l'herència. En el primer llibre s'hi troba una anàlisi extensa de l'origen de l'esperma i de la seva contribució a la reproducció; és en el segon llibre on s'hi exposa la teoria de la concepció, analitzant les propietats de l'esperma i les fases de desenvolupament de l'embrió, dedicant-hi un ampli i minuciós capítol a la transmissió de l'ànima a través de l'esperma; en el quart llibre tracta sobre els mecanismes que intervenen en la similitud dels fills amb els pares, enllaçant aquesta qüestió amb la formació dels monstres.

<sup>42</sup> Hipòcrates., 1970, *op. cit.*, p. 46.

<sup>43</sup> Aristòtil., 1994, *op. cit.*, p. 144.



## 1.4. Una nova visió en l'assistència al naixement: Sorà d'Efes

Un autor fonamental en el desenvolupament del coneixement teòric en el camp de l'obstetrícia és Sorà d'Efes (98-138 dC). Tot i que se'n sap poca cosa de la vida de Sorà d'Efes, sembla que va estudiar a l'Escola d'Alexandria i va exercir l'ofici de metge a Roma, durant els regnats de Trajà (98-117 dC) i d'Adrià (117-138 dC). Se li atribueix l'autoria d'uns vint tractats sobre biologia i ciències mèdiques, va escriure sobre: medicina interna, cirurgia, higiene, anatomia, embriologia, oftalmologia, història de la medicina i també sobre ginecologia.<sup>44</sup> També se li atribueix una biografia d'Hipòcrates.

Sorà d'Efes pertanyia al corrent metodista de la medicina, aquest corrent, nascut a Roma, va conèixer amb els seguidors del corrent empíric, però mentre els empírics es fonamentaven en l'escepticisme i no acceptaven res que no pogués ser demostrat mitjançant l'experiència, els metòdics es decantaven cap a l'estoïcisme i acceptaven que el cos estava constituït per un agregat d'àtoms en constant moviment i travessats per pneuma i fluids. D'acord amb Nestlé (1987), Sorà pot ser considerat el màxim representant d'aquesta secta o corrent mèdic. Per aquest motiu, Sorà ha estat anomenat com a príncep dels metodistes, així com a fundador de la ginecologia i de l'obstetrícia.<sup>45</sup> Tot i que molta part de l'obra mèdica de Sorà ha desaparegut, la seva *Ginecologia* ha perdurat al llarg de la història. *La Ginecologia* de Sorà va ser recollida per Muscio, cap a l'any 500 dC. Muscio va ser traduït al grec en època de Bizanci i més tard al llatí. L'any 1513, Eucharius Rösslin va escriure un llibre sobre l'art de

---

<sup>44</sup> Del llibre *La ginecologia* de Sorà, se'n coneix una edició d'Owsei Temkin, de 1956. Aquesta edició està basada en el text grec de Johannes Ilberg (1860-1930). És la versió anglesa de Temkin, la que s'ha utilitzat com a font en el present treball. Per tal de conèixer més a fons la biografia de Sorà també es pot consultar O'Down, M.J., i Philipp, E.E., 1995, *op. cit.*, pp. 42-43.

<sup>45</sup> Vid. Guerra, F. *Historia de la medicina*; Madrid, Norma, 1988. Tomo I, p. 162, així com Nestlé, W., *Historia del espíritu griego; desde Homero hasta Luciano*; Barcelona, Ariel, 1994, p. 338.

l'assistència al part *Der Schwangern Frauewn und Hebammen Roszgarten*,<sup>46</sup> que es basava en *La ginecologia*, de Sorà, i que va ser traduït al francès, anglès, holandès i txec.

#### 1.4.1. La ginecologia de Sorà d'Efes

La lectura del text *La ginecologia*, de Sorà, mostra un canvi evident en el centre d'interès. Aquest text posa el seu punt d'atenció en la temàtica higienista; les normes saludables de vida tenen un paper important. En aquests moments de l'antiguitat tardana, es pensava que la persona harmoniosa, prototip de les elits socials, es modelava mitjançant una esmerçada educació i control; l'individu harmoniós, però, estava exposat a la permanent amenaça del contagi moral d'emocions i actes anòmals, propis de les classes inferiors. És per aquest motiu que les obres dels metges importants de l'època van tenir una forta difusió. Una imatge determinada del cos, en la qual es mesclaven nocions heretades del llarg període de la medicina grega i de la filosofia moral estoica, eren presentades com a *suport psicològic* del codi ètic de les classes benestants. La salut personal i el comportament públic convergien amb tota naturalitat. El cos es percebia com un equilibri delicat, les emocions podien trastornar aquest equilibri; i el control harmoniós del cos, seguint les recomanacions mèdiques en temes d'higiene, dieta i exercici, eren les millors garanties d'una correcta compostura.

En els temes relacionats amb la generació de la vida, en la medicina de Sorà, no hi predomina tant l'interès teòric en el coneixement del desenvolupament embrionari, com havíem vist en Hipòcrates, sinó que hi observem una constant preocupació per la freqüència en què les parelles han de

---

<sup>46</sup> Vid. O'Down, M.J., i Philipp, E.E., 1995, *op. cit.*, pp 42 i 148.

practicar l'acte sexual, o per la millor forma de preparar-se, per tal de tenir un fill.<sup>47</sup> La medicina de Sorà podem catalogar-la com a més prescriptiva i normativa que la dels seus antecessors; i a diferència dels hipocràtics, per a ell l'ideal de vida era l'abstinència sexual. Les relacions sexuals eren considerades debilitants, i la virginitat permanent era considerada saludable fins i tot en el cas de les dones:

«En relació amb les dones nosaltres podem veure que aquelles que, per dedicar-se al servei dels déus, han renunciat a la pràctica del sexe i s'han mantingut verges, segons els manaments de la llei, són menys susceptibles a la malaltia».<sup>48</sup>

Les relacions sexuals, però, eren necessàries, per tal de mantenir la continuïtat de l'espècie. Aconsellava que les dones no tinguessin gaires fills, i que els embarassos fossin espaiats. En general, els tractaments proposats per Sorà eren menys dràstics i violents que els prescrits en el *Corpus hippocraticum*.

El text de Sorà es divideix en quatre llibres, el primer dels quals tracta sobre la descripció de les qualitats que han de posseir les llevadores. Sorà descriu les qualitats que ha de tenir una dona per tal de dedicar-se a aquest art:

---

<sup>47</sup> Aquest canvi podem justificar-lo, en el fet que Sorà pertanyés a la secta metodista. Asclepiades de Prusa, va desenvolupar la teoria mèdica metodista basant-se en l'atomisme Epicuri. Segons el metodisme, el cos, és un agregat d'àtoms en moviment, travessat per fluids i pneuma. El règim de vida era el més important per curar les malalties, la causa de las quals era les alteracions del nombre o moviment de les partícules, i les condicions dels porus. Asclepi insistia en la importància de la moderació en el menjar i en el vi, aconsellava els massatges, caminar, i els banys d'aigua freda. Els metodistes observaven les característiques de les malalties, però no necessitaven de l'anatomia o de la fisiologia.

<sup>48</sup> Sorà., *Gynecologie book I 32*; trad. i intr. Temkin, O., Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1956, p. 29. "And among women we see that those who, on account of regulations and services to the gods, have renounced intercourse and those who have been kept in virginity as ordained by law are less susceptible to disease".

«Les persones desitjables han de ser lletrades, ser molt llestes (conservar la presència d'ànim), posseir una bona memòria, agradar-los treballar, ser respectables i no incapacitades en els seus sentits, oïda o membres, robustes, i d'acord amb algunes persones, dotades de llargs i fins dits i ungles curtes en els dits de les mans. Han de ser lletrades per tal de comprendre aquest art, també en la vessant teòrica, han de ser llestes (tenir presència d'ànim) per tal de seguir amb facilitat allò que es diu i allò que passa; han de tenir bona memòria per tal de retenir les instruccions impartides. Els ha d'agradar treballar per tal de perseverar al llarg de les vicissituds (la dona que vol adquirir un ampli coneixement necessita molta paciència). Cal que sigui respectable perquè la gent li confiï la veritat de casa seva i els secrets de la seva vida i perquè les dones amb mal caràcter reben les indicacions mèdiques amb mala disposició. No han de tenir discapacitats en els sentits, perquè hi ha coses que han de veure, contestar les qüestions que escoltin, i coses que han de conèixer amb el sentit del tacte. Han de tenir els membres sense defectes i han de ser robustes, per fer una doble tasca durant la duresa de les seves visites professionals. Llargs i fins dits i ungles curtes són necessaris per tocar les inflamacions profundes sense causar gaire dolor. Aquesta habilitat, però, pot ser adquirida amb entrenament zelós i pràctica en el seu treball».<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> *Íbid.* 3, p. 5. "A suitable person will be literate, with her wits about her, possessed of a good memory, loving work, respectable and generally not unduly handicapped as regards her senses, sound of limb, robust, and, according to some people, endowed with long slim fingers and short nails at her fingertips. She must be literate in order to be able to comprehend the art through theory too, she must have her wits about her so that she may easily follow what is said and what is happening; she must have a good memory to retain the imparted instructions (for knowledge arises from memory of what has been grasped). She must love work in order to persevere though all vicissitudes (for a woman who wishes to acquire such vast knowledge needs manly patience). She must be respectable since people will have to trust their household and the secrets of their lives to her and because to women of bad character the semblance of medical instructions is cover for evil scheming. She must not be handicapped as regards her senses since there are things which she must

A continuació distingeix quines són les qualitats que fan que una llevadora sigui excel·lent en la pràctica del seu art, fa esment d'una sèrie de normes d'actuació que esdevenen un tipus de codi ètic similar al del Jurament Hipocràtic. Explica la necessitat que la llevadora no actuï exclusivament per interès econòmic, però fa especial esment a la necessitat que sigui lletrada i conegui bé la teoria, a més de ser capaç d'actuar sense perdre la serenitat davant dels problemes.

En aquest primer llibre tracta també la fisiologia del fet reproductiu, és a dir, descriu la regla i la naturalesa de les pèrdues, fa esment també a la virginitat i a la importància que aquesta té en el manteniment de la salut.

És en el llibre segon on Sorà parla de l'assistència al naixement, descriu el part normal i fa esment a les cures que cal dispensar al nadó. En el tercer i quart llibre són descrits els problemes ginecològics i les dificultats que poden presentar-se en el decurs de l'assistència al naixement.

#### **1.4.2. L'assistència a l'embaràs i al part en La ginecologia de Sorà**

En la part dedicada a l'art de l'assistència al naixement, observem en Sorà un canvi important en relació amb la ginecologia del *Corpus hippocraticum*. S'hi descriuen les característiques de la menstruació normal, així com l'edat d'aparició de la regla en les nenes i l'edat de la seva desaparició en les dones

---

see, answers which she must hear when questioning, and objects which she must grasp by her sense of touch. She needs sound limbs so as not to be handicapped in the performances of her work and she must be robust, for she takes a double task upon herself during the hardship of her professional visits. Long and slim fingers and short nails are necessary to touch a deep lying inflammation without causing too much pain. This skill, however, can also be acquired through zealous endeavor and practice in her work”.

cap als cinquanta anys. Sorà recomana passejos, massatges i banys per a les nenes en la seva arribada a la pubertat.

En les seves tesis higienistes, com ja hem mencionat, es convertia en un ideal l'abstinència sexual. El sexe era necessari per a la procreació del gènere humà en conformitat amb el pla diví de l'univers, però aquesta necessitat de procreació no havia d'anar unida a un excés de pràctica sexual, ja que en aquest cas esdevenia un debilitament del cos dels amants. Sorà afirma en el seu llibre de ginecologia: «...tota emissió de semen és perjudicial tant en dones com en homes», «... els homes que romanen castos són més forts i més corpulents que els altres i passen les seves vides en millors condicions de salut».<sup>50</sup> Sorà aconsellava que no es produís la desfloració de les nenes fins que la regla hagués aparegut de forma espontània. L'edat de catorze anys, que és habitual per a l'aparició de la primera regla, és la que ell considerava ideal per iniciar l'activitat sexual; afirmava també que una desfloració tardana en el temps no estava lliure de complicacions.

En el llibre I hi ha un apartat on es fa esment a les cures o atencions que ha de rebre la dona embarassada.<sup>51</sup> L'atenció a la dona al llarg de l'embaràs s'ha de dividir en tres períodes; la prevenció de la pèrdua de la llavor és l'objectiu del primer període, Sorà hi fa un seguit de recomanacions de tipus higienicodietètiques: beure aigua o vi abans dels àpats, evitar els banys freds, fer massatges d'oli al ventre... El segon període se centra en el que ell anomena *la pica*, és a dir, l'apetència que de vegades tenen les embarassades per aliments estranys; la pica sol iniciar-se als quaranta dies i allargar-se fins al final del quart mes, tot i que en alguns casos pot persistir fins al moment del part i anar acompanyada de basques i vòmits. Sorà aconsellava exercici moderat, dieta seca, exercicis de veu, dansa, massatges, una mica de vi... Finalment, en

---

<sup>50</sup> *Íbid.*, 30, p. 27. "...all excretion of seed is harmful in females as in males.", "...men who remain chaste are stronger and bigger than the others and pass their lives in better health."

<sup>51</sup> *Íbid.*, 46-47, p 45.

el tercer període, moment de perfeccionament del fetus i preparació per al part, aconsellava vida tranquil·la i assossegada, fer exercici passiu, passeigs, exercicis vocals, massatge, dieta, veure vi, indulgència en els banys i distracció d'ànim, així com dormir suficient.

«Quan el cos esdevé més resistent la gràvida gaudeix de millor salut i està millor preparada per abordar els dolors del treball de part amb més fortalesa, mentre que l'embrió obté més nutrients i esdevé més fort i autònom».<sup>52</sup>

En el llibre II Sorà explica com reconèixer que s'aproxima l'hora del part, així com allò que cal preparar per donar assistència al naixement, i finalment aborda com prestar aquesta assistència. Sorà explica de forma breu com la dona entre el setè i desè mes d'embaràs sent dolors en el baix ventre, que fan pensar que el part és imminent. En aquest llibre II, Sorà especifica de forma explícita que és la llevadora qui farà aquest diagnòstic mitjançant la introducció dels dits a la vagina i la palpació de la part fetal a l'interior del canal vaginal. Sorà fa una enumeració exhaustiva de tot allò que cal tenir a punt per a l'assistència al naixement: oli d'oliva, aigua calenta, fonents calents, esponges suaus, peces de llana, benes, coixí, substàncies per olorar, la cadira o tamboret de part, dos llits i una habitació propera.

En el moment del naixement la dona és col·locada asseguda en la cadira de part que es caracteritza perquè està oberta en la seva part central i anterior per tal de poder donar assistència. Tres dones han d'ajudar la llevadora en la seva feina. Aquestes dones s'han de col·locar als costats i al darrere de la partera per tal de tranquil·litzar-la i donar-li ànims. La llevadora cal que es col·loqui davant, per tal de tenir accés als genitals de la dona, i evitar d'aquesta forma els

---

<sup>52</sup> *Íbid.*, 54, p 55. “When the body becomes more resistant, the grávida enjoys better health and is prepared to bear the pains of her travail with more strength, while the embryo partakes of more nutritious food which is healthful and sufficient”.

esquinçaments deguts a l'expulsiu del nadó, però sempre ha de poder mirar la cara de la dona. La llevadora ha de dilatar l'orifici de l'úter amb un moviment circular dels dits i ha d'extraure el fetus inserint els dits d'una forma gentil. Ha de recollir el nadó amb les seves pròpies mans, que han d'estar cobertes amb roba calenta.

Després del naixement del nadó han de sortir les secundines; en aquest punt Sorà discrepa i discuteix amb Hipòcrates com s'ha de procedir si la sortida de la placenta es retarda. No accepta els remeis basats a fer esternudar la dona o la utilització de coccions diürètiques, i aconsella l'extracció manual de forma suau.

Observem, per tant, que l'interès de la medicina en la seva vessant ginecològica ha experimentat un canvi important. Sorà, en la seva obra ginecològica, fa recomanacions estrictament dedicades a l'atenció directa. El seu objectiu no gira tant al voltant de les qüestions teòriques i, en canvi, emfatitza tots aquells aspectes relacionats amb l'atenció pràctica i directa a la dona embarassada i en el moment del part.

Queda clar que l'assistència al part l'efectua la llevadora, tot i que Sorà fa una descripció clara i concreta de tots aquells aspectes relacionats amb l'atenció, la qual cosa fa pensar que devia haver assistit, o com a mínim presenciat, un nombre important de naixements, per tal de poder dur a terme una descripció tan clara i exhaustiva. Sorà, quan es refereix a les millors llevadores, defensa que no és necessari que siguin prèviament mares, per poder ser respectades per les dones en el moment del part. En això observem un canvi en relació amb la pràctica habitual en temps d'Hipòcrates, en què era necessari que les dones llevadores estiguessin en el període del climateri, però calia que prèviament haguessin esdevingut mares. Temkin, en la seva introducció de la traducció anglesa de l'obra de Sorà, defensa que el llibre no està escrit únicament per a ús de les llevadores, sinó que el dirigeix també als metges. La lectura del text, al nostre entendre, deixa clar que és a les llevadores a qui va dirigit i que són elles les que assisteixen habitualment les dones en el part, i



només en aquells casos en què es presenten dificultats en l'extracció de la placenta o en la sortida del fetus és quan el metge exerceix la seva pràctica:

«En cas de part difícil, el metge hauria també de qüestionar la llevadora... I tampoc hauria de recórrer de forma immediata a la cirurgia, ni tampoc permetre que la llevadora continuï forçant la dilatació del coll de l'úter».<sup>53</sup>

En l'assistència al part que no progressa, Sorà rebutja els tractaments del *Corpus hippocraticum*, el quals propugnaven el sacseig de la dona en el treball de part, en canvi proposa donar a la partera que estigui esgotada aliments com, per exemple: pa, meló, flocs de civada o pomes. Recomana ènemes de neteja i buidament de l'orina, així com trencament de la bossa de les aigües amb l'ungla. També descriu les diferents postures que un fetus pot ocupar dins de l'úter i recomana la col·locació adequada del fetus, manualment, per tal que pugui alinear-se correctament en el canal del part.<sup>54</sup>

Sorà esmenta en el seu tractat *metges de dones*, per referir-se a aquells professionals que es dediquen a curar les malalties pròpies de les dones i es refereix sempre a les llevadores com a persones de referència per a l'assistència a la dona en el moment del part.

---

<sup>53</sup> *Íbid.*, 7(59), p. 184. "In cases of difficult labor the physician should also question the midwife...And one should neither have immediate recourse to surgery nor allow the midwife long to dilate the uterus forcibly".

<sup>54</sup> *Íbid.*, book IV, 7(59), 8(60), pp. 184-189.

### 1.4.3. L'àmplia visió higienista de Sorà

Les recomanacions higienistes de Sorà no acaben amb el naixement. Les dones de classe alta romanes no acostumaven a alletar els seus fills. Tot i que Sorà aconsellava l'alletament matern, en el seu text dóna una sèrie de consells, i dedica bona part del llibre II a alligonar per tal de seleccionar la dida més idònia per a la cria del nadó; fins i tot afirma que un nen pot esdevenir més fort si és parit per una dona i alletat per una altra.

Immediatament després del naixement els nens eren entregats a les dides. A partir d'aquest moment, el nadó era objecte de cures i atencions continuades. Sorà descriu un considerable nombre de consells encaminats a proporcionar un cos esvelt i bell al nen; aquests consells inclouen des de faixar-lo completament a fer-li massatges amb l'objectiu d'anar modelant el cos en desenvolupament. Era objectiu prioritari aconseguir un cap ben configurat o un nas adequadament perfilat.

No sabem qui decidia com seria alimentat el nen. Sabem que la llevadora tenia la prerrogativa i l'obligació professional d'examinar el nadó, fer saber si era nen o nena, i verificar la normalitat de la seva morfologia; en cas que estigués ben configurat, procedia a la secció del cordó umbilical, si observava malformacions el cordó no es lligava i el nen moria dessagnat. Hi havia, per tant, dos nivells de decisió a l'hora del naixement i reconeixement del nadó; un primer nivell d'examen físic per part de la llevadora, que era qui decidia si el nen havia de sobreviure o no, depenent de les seva normalitat física, i un segon moment de reconeixement social exercit pel pare que recollia el seu fill del coixí on l'havia dipositat la llevadora i l'acceptava en el si de la família o bé decidia no aixecarlo, no donar-li reconeixement i abandonar-lo. Mentre això succeïa, la mare esperava les decisions asseguda en la cadira de parts, o estirada al llit tou, que Sorà prescriu per tal que la mare descansi del treball del part. No trobem, però, esment sobre qui prenia la decisió d'alletar el nen amb llet materna o deixar-lo

alimentar per una dida, no sabem si en aquest afer la mare tenia alguna cosa a dir, o era també una decisió del pare de família.



## 2. El naixement i la seva assistència al llarg de l'edat mitjana

S'ha acordat denominar *edat mitjana* el vast període de temps comprès entre la invasió dels pobles romans occidentals pels pobles germànics al llarg del segle V i la presa de Constantinopla pels turcs l'any 1453. Els canvis polítics i socials que van esdevenir a partir de la decadència de l'imperi romà poden remuntar-se al segle II, moment en què van començar a debilitar-se les institucions socials i econòmiques; aquesta decadència va continuar al llarg del segle III, en què l'imperi romà es convertí en una dictadura. Constantí, en el segle IV, va adoptar el cristianisme com a religió oficial. La conversió al cristianisme de l'imperi romà va comportar una certa influència dels costums del poble jueu en la tradició grega i romana vigent fins al moment. Els antics autors grecs i romans pretenien influir només en les classes socials altes i dominats, en canvi, el cristianisme volia arribar a totes les classes socials. Per tant, podem considerar la moral cristiana com a genuïnament universal, arrelada en el sentiment nou de la presència de Déu i la igualtat de tots els homes davant la llei divina.

Per tal de comprendre aquesta nova forma de vida i entendre el significat dels aspectes terrenals de la vida humana (el paper d'homes i dones, el significat dels cossos sexuats, i la reproducció biològica, íntimament unida a la sexualitat, i al seu significat enfrontat a una igualtat de tothom en la vida eterna), es fa

necessari remuntar-se alguns segles i dirigir la mirada a una regió diferent; Palestina, per tal d'anar seguint les idees associades al paper de la dona, des dels antics patriarques jueus, fins arribar a l'any 312 de la nostra era en què Constantí proclamà el cristianisme com a religió oficial de l'imperi romà. Les idees associades a la simbologia de la maternitat en el pensament cristià es van trobar amb aquelles altres presents en el món grecoromà i, després d'ésser assimilades i modificades pels primers pares de l'Església, van configurar-se com una forma de pensament dominant al llarg de l'edat mitjana.

## 2.1. Indagant en les arrels cristianes

El poble hebreu heretà moltes de les creences i codis de temàtica mèdica provinents de les velles cultures de Mesopotàmia. La pràctica de la medicina a Mesopotàmia es remunta a uns 4.000 anys aC. La història d'aquesta àrea geogràfica és complexa i està dividida en diverses eres: sumària, semítica, babilònica, assíria, caldeana i persa. El Codi d'Hammurabi (1700 aC), la coneguda llei de l'antiga dinastia babilònica, va ser un dels primers codis que regulava la pràctica de la medicina.<sup>55</sup>

Entre 1896 i 1897, 100.000 fragments de documents històrics es van descobrir en el *genizah* de l'antic Ben Ezra Synagogue, a la ciutat d'El Caire.<sup>56</sup> El descobriment del *genizah* d'El Caire va ser fet per dues senyores, presbiterianes, d'Airshire (Escòcia), les senyores Lewis i Wilson; ambdues tenien coneixements d'hebreu. Entre els documents van trobar un manuscrit, que posteriorment va ser identificat pel rabí doctor Solomon Schecher, professor de la Universitat de

---

<sup>55</sup> O'Down, M. J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 4.

<sup>56</sup> Un *genizah* és una habitació d'una sinagoga on s'emmagatzemen materials que no poden ser destruïts, perquè contenen el nom de Déu, o en fan referència.

Cambridge, com a part de l'*Ecclesiasticus*, un llibre apòcrif.<sup>57</sup> En aquest document hi ha referències a temes ginecològics relacionats amb les pèrdues hemàtiques uterines excessives (T-Sar 43/21), el diagnòstic d'embaràs (T-Sar 90/36) o la inducció de l'avortament (T-Sar 45/30).<sup>58</sup>

A la Bíblia trobem també, de forma continuada, referències a l'assistència a l'hora del part. Els parts que trobem descrits a l'Antic Testament són sempre parts difícils, amb complicacions que, fins i tot, en algunes ocasions, acaben amb la vida de la mare. En el primer llibre de l'Antic Testament, el Gènesi, trobem descrit el part de Raquel. En el text podem llegir:

«...quan estaven a un *quibrat* de distància d'Efrata va parir Raquel, tenint un part molt difícil. Entre les angoixes del part li va dir la llevadora "Ànim, que també aquest és fill". I en donar la seva ànima, ja que estava ja moribunda, li va posar Benoni, però el seu pare el va anomenar *Benjamí*».<sup>59</sup>

D'aquest text podem deduir que tot i ser un part difícil en el qual la mare va morir, va ser la llevadora qui el va assistir; no s'hi fa esment a cap metge a qui es consultés; la causa per la qual Raquel va morir no queda clara, podia tractar-se d'un part dificultós a causa de l'edat de la mare, ja que sabem que ja

---

<sup>57</sup> Entre els manuscrits trobats en aquest Genizah, se'n hi troben també set que pertanyen al Canon d'Avicena en una traducció jueu-àrab, trenta i un comentaries en àrab, així com nou en hebreu. Vid., Ferre, L., Avicena hebraico: la traducción del canon de Avicena; *MEAH, sección Hebreo*, 52 (2003), pp. 163-182.

<sup>58</sup> Vid. O'Down, M. J., i Philipp, E. E., *The History of Obstetrics and Gynaecology*; Lancs, England, Parthenos Publishing Group, 1994. Edició espanyola: *Historia de la ginecología y la obstetricia*; Barcelona, Edika Med, 1995, p. 6 i 7.

<sup>59</sup> Gènesi., 35:16-18, en *Sagrada Bíblia*; Tr., castellà: Nacar, E., i Colunga, A., Madrid, Biblioteca de autores cristianos, 1967, <sup>22</sup> "...cuando se encontraban todavía a un quibrat de distancia de Efrata, parió Raquel, teniendo un parto muy difícil. Entre las angustias del parto, le dijo la partera. "Animo, que también éste es un hijo". Y al dar el alma, pues estaba ya moribunda, le llamó Benoni, pero su padre le llamó Benjamin."

era gran quan Déu se'n va apiadar i li va concedir tenir un fill, després d'anys d'esterilitat.

El tema de l'esterilitat és recurrent en l'Antic Testament, ja en el cas de Sarah, la primera dama, esposa del patriarca bíblic Abraham, apareix l'esterilitat com a fet fonamental en les seves vides. Sarah era bella i rica, però estava desesperada i se sentia indigna perquè era incapaç d'oferir al seu marit allò vertaderament valuós per a les dones bíbliques: un úter fètil.

Per tal de poder concebre, Sarah va utilitzar tot tipus de mètodes i remeis, finalment com que va veure que no podia donar un fill a Abraham, a qui Déu havia anunciat que es convertiria en el pare d'un gran poble, Sarah va oferir la seva esclava Agar, per tal que mantingués relacions íntimes amb Abraham; d'aquesta forma va ser concebut Ismael. Però Sarah va arriscar la seva pròpia dignitat. En veure's embarassada Agar, que havia aconseguit l'embaràs en una sola relació sexual, mirava la seva senyora amb menyspreu. Sarah, que se sentia profundament ferida i després de consultar-ho amb Abraham, va decidir expulsar la seva esclava i el seu fill al desert. Al cap dels anys i quan Sarah era ja una dona d'edat avançada, que fins i tot havia deixat de menstruar, Déu va decidir apiadar-se'n i va enviar tres àngels a Abraham per anunciar-li que tindria un fill amb Sarah;<sup>60</sup> ella que ho va sentir, va riure-se'n, mentre pensava: «Ara que ja sóc massa vella i estic consumida, rejuveniré, sent vell també el meu senyor?».<sup>61</sup>

No només Sarah va ser estèril, també Rebeca que es casà amb Isaac, fill d'Abraham i Sarah, va ser infètil, fins que Déu va escoltar les seves pregàries i li va obrir la matriu a la fertilitat; el mateix cas trobem en la tercera de les dames de la genealogia, Raquel, que va casar-se amb Jacob, fill d'Isaac i Rebeca. Jacob estimava Raquel, però el pare d'aquesta va posar com a condició a Jacob

---

<sup>60</sup> Per tal de poder engendrar al seu fill Isaac i fer-ho amb Sarah, Déu va renovar l'Aliança amb Abraham i li va demanar com a prova del pacte la circumcisió de tots els varons del poble d'Israel. Vid. Gènesi 17: 1-27.

<sup>61</sup> *Íbid.*, 18:12. “¿Cuando estoy ya consumida, voy a remocear, siendo ya también viejo mi Señor?”



que primer havia de casar-se amb Lia, germana gran de Raquel, ja que no era costum que es casés en primer lloc la germana petita. En aquest matrimoni, Lia va esdevenir fèrtil, mentre que Raquel, l'estimada i preferida per Jacob, romania estèril. No va ser fins després que Lia li donés set fills a Jacob que «Déu es va recordar de Raquel i la va fer fecunda».<sup>62</sup>

En l'Antic Testament veiem que la fertilitat s'associava a un do de Déu. Per als jueus, la dona es relacionava amb Déu mitjançant el seu ventre. Jehovà parlava amb els homes, però es manifestava a les dones, fent-les fèrtils. La fertilitat, doncs, esdevenia un do diví, mentre que l'esterilitat i la infertilitat s'associaven amb el càstig, fins i tot amb el pecat.

No és fins al Nou Testament quan Déu, finalment, es manifestà a l'oïda d'una dona, Maria, quan li anuncià, mitjançant l'arcàngel Gabriel, que esdevindria mare, tot i ser verge; així, en l'Evangeli de Lluc trobem:

«Salve, plena de gràcia, el senyor és amb tu... No temis Maria, perquè has trobat gràcia als ulls de Déu i concebràs en el teu si i pariràs un fill, a qui posaràs el nom de Jesús».<sup>63</sup>

No trobem, però, més referències a com es va desenvolupar l'embaràs o el naixement de Jesús, només sabem, també per l'Evangeli de Lluc, que va néixer a Betlem, ja que els seus pares havien anat a empadronar-s'hi, seguint les ordres de Ciri, governador de Síria, i que mentre estaven allí es van complir els dies del part, i va néixer Jesús, qui va ser embolcallat en bolquers per la seva mare i acaronat en un pessebre perquè no van trobar lloc en la posada.

La maternitat de Maria, tot i que present de forma molt breu en el Nou Testament, ens mostra una visió, en què s'exalta la castedat, i on la imatge

---

<sup>62</sup> *Íbid.*, 30: 22. "Acordóse Dios de Raquel, la oyó y la hizo fecunda"

<sup>63</sup> San Lucas., 1:28,, en *Sagrada Bíblia*; Tr., castellà: Nacar, E., i Colunga, A., Madrid, Biblioteca de autores cristianos, 1967 " Salve, llena de gracia, el Señor es contigo...No temas, María, porque has hallado gracia delante de Dios, y concebirás en tu seno y darás a luz un hijo a quien pondrás por nombre Jesús."

simbòlica de la maternitat s'allunya de la sexualitat. La figura de Maria és exaltada per l'Església en el segle II, i Maria esdevé una segona Eva, capaç de redimir el pecat original d'Eva, la mare de la humanitat. D'aquesta forma en Maria s'hi uneixen la simbologia de l'obediència, la virginitat i la capacitat de ser fecunda, i aquestes imatges es dissocien i se separen del pecat, la sexualitat i la mort, que es mantenen unides a la figura d'Eva, mare per excel·lència de la humanitat, que a causa del seu pecat va ser la culpable de l'expulsió del paradís.

La infertilitat recurrent de les mares bíbliques i la virginitat de Maria poden ser considerades com les dues cares d'una mateixa moneda en la tradició cristianojueva: els homes importants de la cultura varen néixer gràcies a la voluntat de Déu totpoderós. El destí de les dones, a partir d'aquest moment, es redueix a redimir la culpa original mitjançant la seva participació en el disseny maternal, que els ve imposat com alguna cosa associada a la impuresa i el pecat. L'embaràs, el part i el naixement, com a actes biològics, s'inscriuen en l'imaginari social com a actes impurs lligats a la sexualitat, el dolor i la sang.

## **2.2. L'interès dels metges àrabs en el procés procreatiu**

En el segle VI, es van tancar les escoles de medicina d'Alexandria i d'Atenes i la preocupació per l'escolasticisme va eclipsar l'interès per la medicina. L'obra mèdica clàssica de les antigues escoles de medicina no es va perdre perquè alguns autors es dedicaren a recopilar les obres dels mestres clàssics. Més tard, els metges àrabs aprofitaren aquestes recopilacions, afegint-hi el seu propi saber mèdic. S'accepta que l'any 765 el califa Al Mansur (dinastia dels omeies) va emmalaltir a Bagdad, i que després de ser guarit pel metge

Girgis ibn Gibril, el califa es va interessar intensament per la medicina grega i va fer traduir a l'àrab els seus principals autors.<sup>64</sup>

Entre els metges més destacats de la medicina islàmica podem esmentar Rhazés, Avicena i Averroes. Els textos àrabs foren posteriorment traduïts i adaptats pels metges bizantins i, finalment, varen constituir la base de la ginecologia del Renaixement, a causa de la seva traducció i introducció a les universitats, gràcies a l'obra dels traductors de Salern i de Toledo.

### **2.2.1. La Isagoge o llibre de la introducció a l'art de la medicina de Rhazés**

Un dels primers metges àrabs de renom va ser Rhazés, nom amb què aquest autor és conegut a Occident (en realitat Rhazés és l'abreviació d'Abu Bark Muhammad ibn Zakariyya al Razi). Rhazés va néixer a Rayy (Pèrsia), l'any 854 i va viure fins a l'any 925. En la seva joventut se'l conegué com a filòsof, músic i alquimista. Als 30 anys, viatjà a Bagdad i allà va estudiar medicina; després d'una sòlida formació mèdica va retornar a Rayy, com a director de l'hospital de la ciutat. La seva vida transcorregué amb anades i vingudes de Bagdad a la seva ciutat natal, on va morir. Fou un home científic que negà tant els miracles dels profetes com els dogmes científics. Mantenia que les obres d'homes de ciència com Euclides o Hipòcrates eren més útils que les dels profetes i creia que el científic que coneixia les obres dels seus predecessors disposava de cert avantatge, per tal d'aconseguir nous descobriments. Bon coneixedor de l'obra d'Hipòcrates i de la de Galè. En la seva obra fa referència a aquells que considera mestres de la medicina, però també nega i discuteix algunes de les afirmacions dels autors antics, quan no es corresponen amb les seves observacions.

---

<sup>64</sup> Vid., Guerra, F., *op. cit.*, pp. 185-186.

Tot i que la figura de l'autor no és totalment coneguda, i que moltes de les facetes del seu pensament se'ns mantenen ocultes, Rhazés es mostra actualment com el més clínic dels metges àrabs. Va ser un autor fecund; el seu interès es va estendre per diferents camps del saber, fou un cultivador de la teoria musical, i es va dedicar també a l'estudi de la literatura i al cultiu de la poesia a més de la seva dedicació a la medicina. La producció bibliogràfica de Rhazés fou abundant, dissortadament la major part s'ha perdut amb el pas dels anys. El mateix Rhazés féu un inventari de les seves obres que inclou cent quaranta-vuit títols. Entre les obres mèdiques de Rhazés ocupa, sens dubte, un lloc destacat l'obra titulada *Kitâb al-Hâwi*, coneguda a Occident com el *Continens*, aquesta obra va ser traduïda al llatí l'any 1283 pel jueu Faray b. Sâlim (Faragut com a nom llatinitzat). El títol d'aquesta obra demostra el seu ambició propòsit: recopilar les idees i coneixements de totes les autoritats destacades en el camp de la medicina des dels antics clàssics completades amb la seva pròpia experiència. Es tracta, doncs, d'una obra enciclopèdica. Una altre obra importats de Rhazés fou *De variolis et morbilis* o *Liber de pestilentia*, Rhazés és el primer autor de la història de la medicina que descriu de manera acurada la verola i el xarampió, i estableix el diagnòstic diferencial d'ambdues.<sup>65</sup> D'acord amb O'Down i Philipp (1994), un dels seus llibres de títol *Liber Helchavy* parlava de l'art de l'assistència al part.<sup>66</sup> De l'obra de Rhazés, però, tan sols trobem dos textos

---

<sup>65</sup> Vid. González, R., *Rhazes y Avicena e la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense*; Madrid, Editorial de la Universidad Complutense, 1984.

<sup>66</sup> Dissortadament no s'ha trobat referència de l'existència actual d'aquesta obra. La primera edició que es coneix de l'obra de Rhazés data de 1481 i es realitzà a Milà. Contenia el *Liber ad Almansorem* amb alguns opuscles més així com alguns escrits d'Hipòcrates i de Galè, juntament amb els aforismes de Joan Damasceno. L'any 1494 es repetí a Venècia aquesta mateixa impressió. De l'època incunabile existeixen en la Universitat Complutense de Madrid dos exemplars, comprensius de varies obres de Rhazés, ambdós impresos a Venècia. L'edició conté les següents obres: *Liber ad Almansorem*, *Divisiones*, *De juncturatum aergritudinibus*, *De aergritudinibus puerorum*, *Aphorismi*, *Antidotarium*, *De praeservatione ab aergritudinibus lapidis*, *Introductoria medicinae*, *De sectionibus et cauteriis et ventosis*, *Casus quidam ad manus eius pervenerut*, *Sinónima*, *Tabula omnium antidorum in operibus Rasis contentorum*, *De*

traduïts a les llengües modernes. La *Isagoge o llibre de la introducció a l'art de la medicina*<sup>67</sup> i un tractat sobre les afeccions renals.<sup>68</sup> El primer d'ambdós pertany al gènere isagògic, és a dir, introductori, i per tant de la seva lectura en podem extraure alguna de les seves idees i creences relacionades amb la procreació.

La *Isagoge o llibre de la introducció a l'art de la medicina* és un breu tractat destinat a un públic constituït per principiants en l'art de la medicina, així com també a aquells altres estudiants que no volen ser pròpiament metges teòrics, sinó només pràctics o practicants.<sup>69</sup> Desconeixem si entre aquests practicants es podrien considerar les llevadores.

De la lectura de la *Isagoge* podem deduir que Rhazés creia que el fetus provenia de la unió de dues substàncies: el semen i la sang; creia, d'acord amb les teories d'Hipòcrates, i en contra de les d'Aristòtil, que la dona també feia la seva aportació al producte de la concepció, és a dir, que tots dos membres de la parella aportaven algun tipus de llavor en el moment de màxima excitació sexual. La dona, a més, aportava la sang de l'interior de l'úter que, en quedar embarassada, no s'expulsava a l'exterior i contribuïa al desenvolupament de l'embrió i del fetus. Del nivell de calor i d'humitat que aportessin les llavors masculina i femenina, depenia la complexió del fetus i el fet que esdevingués masculí o femení. El semen i la sang s'anaven assecant a l'interior de l'úter, i al llarg d'aquest procés de pèrdua d'humitat s'originaven de forma successiva les

---

*proprietatibus iuvamentis et nocumentis sexaginta animalium*, incloent també els *Aforismes* de Maimónides i els de Juan Damasceno, set opuscles d'Hipòcrates o pseudohipocràtics, el *Libellus Zoar da cura lapidis* i el *Centiloquium de medicis et infirmis*, de Girolamo Manfredi. Vid., González, R., *op. cit.*, p. 21-22.

<sup>67</sup> Abu Baku Muhammad ibn Zakariyya al Razi., *Libro de la introducción al arte de la medicina o Isagoge*; tr. castellà, Vázquez de Benito, M. C., Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, 1979.

<sup>68</sup> Abu Baku Muhammad ibn Zakariyya al Razi., *Traité sur les calculs dans les reins et dans les vessis*; tr., francès, Koning, P., Institut für Geschichte der Arabisch-Islamischen Wissenschaften an der Johann Wolfgang, Goethe Universität, 1986.

<sup>69</sup> Desconeixem si entre aquests professionals pràctics, que cita M<sup>a</sup> Concepción Vázquez de Benito, traductora de l'obra de l'àrab al castellà, hi podem incloure a les llevadores, o dones que assistien a la pràctica els naixements.

membranes, túniques, vísceres i venes. Més endavant i a mesura que la sequedat es feia més intensa apareixien els ossos, músculs, cartílags i ungles.<sup>70</sup>

També s'interessà per la causa de les malalties, creia que aquestes podien iniciar-se en el mateix moment de la fecundació, ja que si la qualitat o la quantitat de llavor dipositada a l'interior de l'úter no era la correcta, el fetus no podia desenvolupar-se de forma harmònica i esdevenia malalt. La forma en què el fetus es disposava a l'interior de l'úter, o en què es presentava en el moment del part, també podia afectar el posterior desenvolupament de l'individu. Coincidint amb Sorà d'Efes, Rhazés també es preocupà de la forma correcta de tenir cura del nadó i fa esment en la seva obra de la forma adient de posar les benes i embolcallar els nadons, en els seus primers mesos de vida, per tal de contribuir a un desenvolupament harmònic del cos:

«La causa més freqüent (de mal desenvolupament) acostuma a succeir durant la cura del nadó, en oprimir les benes de forma incorrecta, en subjectar-lo de forma incorrecta, en posar-lo a caminar abans de temps, o coses similars».<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Aquesta teoria la podem trobar desenvolupada entre els capítols 2 (dedicat als principis fonamentals) i el capítol 4 (destinat a la complexió de cada òrgan en particular), així com també en el capítol 10 (Els òrgans) p. 78 i en el capítol 11 (Les potencies) p.84., del llibre de Abu Baku Muhammad ibn Zakariyya al Razi, *op. cit.*, En aquest sentit també es pot consultar l'obra de Juan, M., *La creació del nacimiento, Medicalización de la reproducción*; Tesis Doctoral, Universitat de Barcelona, 1993, p. 90. L'autora comenta que el conjunt dels metges àrabs recolliren les recomanacions que indicaven que les nenes per tal d'aprendre tot allò relacionat amb la procreació i el plaer calia que revessin recomanacions que es transmetien de dona a dona i de mare a filla. Segons aquestes tradicions les prostitutes no concebien pel fet que el sexe no s'acompanyava de plaer. El cristianisme medieval adoptarà una idea oposada, al considerar el plaer sexual com a pecaminós.

<sup>71</sup> Abu Baku Muhammmad ibn Zakariyya al Razi., *op. cit.*, p. 143. "Lo más frecuente es lo que suele suceder en la crianza al apretar mal los vendajes o sujetarlo mal o ponerlo a caminar antes de tiempo y cosas similares."

## 2.2.2. Les contribucions d'Avicena i Averroes

Avicena i Averroes són les dues figures més destacades de la medicina àrab, tot i que de cap d'ells podem destacar cap text que es dediqui en exclusiva a la ginecologia o a l'assistència al naixement.

Avicena (980-1037) és el nom llatinitzat d'Abu Alí Al-Husain Ibn Abdalà ibn Sina, que va ser un important filòsof i home de ciència dels segles X i XI. Avicena neix una centúria més tard que Rhazés, però comparteix amb aquest un mateix origen iranià, així com una personalitat mèdica fortament arrelada en una altra de filosòfica que l'anima i la condiona.<sup>72</sup> Avicena ocupa un lloc preminent en la medicina àrab. Amb tota justícia els seus contemporanis l'anomenaren *al-Sayj* (el mestre), i els traductors medievals el varen anomenar *princep medicorum*, en reconeixement a la seva gran vàlua.<sup>73</sup>

Avicena fou un nen amb una precocitat i talent excepcionals, als dotze anys superava a tots els seus mestres en saber, i per tant va haver de continuar la seva formació com a autodidacta. Dotat d'una capacitat de retenció excepcional, als deu anys podia recitar l'Alcorà de memòria i la *Metafísica* d'Aristòtil abans de complir els divuit. Va ser també autodidacta en l'estudi de la medicina que ell considerava una *ciència no difícil*.<sup>74</sup> Als disset anys dominava pràcticament la totalitat dels coneixements de filosofia, medicina, matemàtiques, dret i religió de la seva època, i va dedicar la resta de la seva vida a aprofundir en aquestes matèries. Quan Avicena tenia vint-i-tres anys es va morir el seu pare i a partir d'aquest moment va necessitar procurar-se un mitjà de subsistència. Es va veure obligat a treballar per viure. Però tot i no poder ser independent, des del punt de vista econòmic, va arribar més lluny en el coneixement que molts

---

<sup>72</sup> González, R., *op. cit.*, p. 8.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 13.

<sup>74</sup> UNESCO, *Avicena y la ética de la ciencia y la tecnología hoy en día*; París, Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2006.

científics aristòcrates amb suficient autonomia financera. Va viure de la pràctica de la medicina, així com de la política.

Va tenir ocasió d'anar a Palau a curar el príncep de Bujara i llavors va tenir l'oportunitat d'accedir a la ben assortida biblioteca de Palau, aquest fet va propiciar que Avicena, fins aquell moment un jove d'excel·lent talent, passés a convertir-se en un científic realment universal. No només va practicar la medicina guarint pacients considerats incurables, sinó que també es dedicà a l'ensenyament de col·legues seus de reconegut renom, així com a l'escriptura d'obres i tractats. Va ser un home de gran activitat que durant molts anys es dedicà a estudiar i llegir de nit, mentre dedicava el dia a les seves funcions polítiques. Tot i ser un home profundament dedicat al treball i a l'estudi també es va permetre tot tipus de plaers mundans, especialment el vi i les dones.

Lamentablement, bona part de l'obra d'Avicena s'ha perdut. Actualment es conserva el *Cànon de medicina*, el *Llibre de la curació* (Kitab al-Shifa), comentaris sobre diferents sures de l'Alcorà, alguns poemes, comentaris sobre Aristòtil (al-Mubhathat), així com algunes obres sobre geologia, fòssils, metalls i música. Ha arribat també fins a l'actualitat la seva autobiografia (Al-Sira bi Qalam Sahib al Sira), que la va finalitzar el seu deixeble Al-Yuzayani.<sup>75</sup>

El *Cànon de medicina* d'Avicena és un magne compendi del saber mèdic del moment, en el qual l'autor tracta de compaginar equilibradament la teoria amb la praxis. El tret més singular i innovador d'aquesta obra radica en el sistema de classificació que utilitza, minucios fins al punt d'arribar a crear una certa confusió a causa de la multiplicitat de divisions i subdivisions que el formen. El *Cànon* consta de cinc llibres, dividits en tres parts, aquestes tanmateix estan dividides en tractats que se subdivideixen en summes que integren els diferents capítols i apartats. Els cinc llibres tracten, respectivament, d'anatomia i fisiologia;

---

<sup>75</sup> *Íbid.*, p. 4.



medicaments simples; patologia, amb la distribució de les malalties del cap als peus, precedides d'una introducció anatomofisiològica; febres i farmacologia.<sup>76</sup>

El *Cànon de medicina* d'Avicena fou un llibre utilitzat profusament fins al segle XVII, ja que es va utilitzar a les universitats i va constituir un material d'exàmens. Les universitats mostraren un especial interès pels llibres primer i quart del *Cànon* que s'ocupen, respectivament, d'anatomia i fisiologia, i de les febres. La primera universitat espanyola on s'implantaren els estudis de medicina, la de Salamanca, establí que els estudis de caràcter totalment empíric es basaven exclusivament en Avicena. En els Estatuts de 1538, encara figurava que el catedràtic de medicina tenia l'obligació de llegir el text d'Avicena. Els Estatuts de la Universitat de Valladolid, atorgats per Carles I l'any 1545, es pronunciaven en el mateix sentit, i s'especificava que les lliçons de medicina havien de basar-se en l'art d'Hipòcrates, el *Tegni* de Galè, i en el primer llibre d'Avicena. Un panorama similar s'establí en la resta de les universitats espanyoles del moment, tot i que les d'Alcalà i València adoptaren promptament una actitud de clara oposició; en aquestes l'humanisme mèdic va aconseguir desbancar completament el galenisme avicenista que imperava fins aleshores.<sup>77</sup>

En el *Cànon de Medicina* s'hi planteja una qüestió profusament debatuda en l'època: el plantejament del problema de la definició de la medicina, qüestió fonamental i que Avicena, home dotat d'una mentalitat fortament filosòfica, no podia eludir. El punt més controvertit en totes les definicions de la medicina era la consideració que se li havia d'atorgar com a art o com a ciència. Estudiosos de l'obra d'Avicena, com el professor Schippergers o el professor Paniagua asseguren que Avicena entenia la medicina com una ciència, tot i que autors posteriors com Gracia Guillén i Vidal, en un ben documentat treball, interpreten que per a Avicena «la medicina no és només episteme, sinó téchne, ciència

---

<sup>76</sup> *Íbid.*, pp. 13-14.

<sup>77</sup> *Íbid.*, pp. 19-20.

aplicada, art i com a corol·lari consideren que el metge és segons Avicena un tècnic».<sup>78</sup>

Tot i que no podem identificar en l'obra d'Avicena cap text dedicat a la ginecologia, si que coneixem algunes de les seves recomanacions referents a l'alletament i la criança dels nens. Avicena recomanava:

«Sempre que sigui possible, el nen serà amamentat per la seva mare perquè la llet de la mare és el millor aliment, ja que és el més proper a l'aliment que trobava el nen en el ventre matern. El nen ha de mamar dues o tres vegades al dia, a ser possible al llarg de dos anys. Abans de dormir el nen es farà fort i s'alegrarà si es pot moure —bo per al cos— i si sent música i càntics —bons per a l'ànima... Si es desperta durant el son ha d'acostumar-se a la llum i a mirar les estrelles del firmament. Durant el dia ha d'alegrar-se amb els colors. Per tal que aprengui a cantar se li han d'ensenyar cançons boniques».<sup>79</sup>

Averroes (1126-1198) va néixer en el si d'una família cordovesa, el seu nom àrab era Abû-l-Walîd Muammad b. Ahmad B. Muhammad b. Rusd, tot i que habitualment se'l denominava al-Hafîd el Nét, per tal de distingir-lo del seu avi que tenia el mateix nom; Averroes correspon al nom conegut pels occidentals. Fou un dels pensadors més universals entre tots els nascuts en la península Ibèrica, i el més important dels filòsofs àrabs, superant fins i tot Avicena. Durant la seva infantesa Averroes fou instruït en l'aprenentatge de l'Alcorà, i dels poetes,

---

<sup>78</sup> Vid. González R., *op. cit.*, pp. 14-15.

<sup>79</sup> Text citat per Sipperges *op. cit.*, pp. 35-36. "Siempre que sea posible, el niño será amamentado por su madre porque la leche de la madre es el mejor alimento ya que es la más cercana al alimento que encontraba el niño en el vientre materno. El niño ha de mamar dos o tres veces al día, a ser posible durante dos años. Antes de dormir el niño se fortalecerá y se alegrará si puede moverse – bueno para el cuerpo- y si oye música y cantos – buenos para el alma... Si se despierta durante el sueño debe acostumbrarse a la luz y a mirar las estrellas del firmamento. Durante el día debe alegrarse con los colores. Para que aprenda a cantar hay que enseñarle canciones bonitas".

per continuar més tard amb l'estudi de les ciències alcoràniques i el dret. També es va interessar per l'estudi de la medicina. No se sap gairebé res més relacionat amb la seva infantesa i joventut. La seva obra escrita fou molt àmplia i el seu pensament comprèn els sabers propis de la filosofia (epistemologia, lògica, filosofia natural, ètica i política), així com aquells altres que actualment pertanyen al camp de la ciència (anatomia, física, meteorologia o psicologia), va ser també coneixedor del dret islàmic i de la medicina. La seva obra mèdica va ser escrita entre 1169 i 1170.<sup>80</sup> A partir de 1170 Averroes fou nomenat jutge de Sevilla pel califa Abû Ya'qûb, més endavant al voltant de 1180 el mateix califa el nomenà jutge de Còrdova i l'any 1182 succeí Ibn Tufail com a metge personal del califa fins a la mort d'aquest l'any 1184. Les relacions entre el nou califa i Averroes foren cordials, però les intrigues d'algunes famílies de notables cordoveses contràries a Averroes varen aconseguir que aquest fos condemnat pel nou califa Abû Yûsuf al-Mansûr.

La seva obra va englobar tots els coneixements del moment utilitzant principalment l'obra de Galè i Avicena, als quals completaria mitjançant Aristòtil, de qui en fou un expert coneixedor. De fet, Averroes ha passat a la història com a gran comentarista d'Aristòtil, ja que va glossar i interpretar tota la seva obra, treball que serviria com a punt de partida a Sant Tomàs d'Aquino en l'escolàstica medieval i que obrí pas a la ciència europea moderna.<sup>81</sup>

Averroes defineix la medicina com l'«art que, arrencant de principis vertaders, busca la conservació de la salut i la curació de les malalties».<sup>82</sup> La principal obra mèdica d'Averroes és el *Llibre de les generalitats de la medicina*

---

<sup>80</sup> Per a un coneixement més ampli d'Averroes vid., Puig, J., *Averroes (1126-1198)*; Madrid, ediciones del Orto, 1997.

<sup>81</sup> Giménez, J.A., En el sesquicentenario de Cajal: Averroes y el Sistema Nervioso; *Revista Española de Patología*; 35, (2002) 4, pp. 561-570. <http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen35/vol35-num4/35-4n30.htm>

<sup>82</sup> Torre, E., *Averroes y la ciencia médica*; Madrid: Ediciones del Centro, 1974 citat a Jiménez, J.A., *op. cit.*, p. 564.

(Kitâb al-Kulliyât fi-l-tibb), aquest llibre va ser traduït al llatí medieval amb el títol de *Colliget*, i en espanyol s'ha esmentat com *Tratado universal de la medicina*, es tracta d'un gran manual, no d'una summa com en el cas d'Avicena. L'obra està dividida en set parts: 1) L'anatomia, que tracta del coneixement d'aquelles parts del cos humà que poden ser externament percebudes, i per tant descrites, 2) La fisiologia, que s'ocupa del normal funcionament del cos i de cadascun dels seus membres, 3) La patologia, que descriu i sistematitza les alteracions de la salut, 4) La semiòtica, a la qual correspon l'anàlisi de les unitats patognomòniques (síntomes i síndromes), així com les característiques més importants dels estats de salut, 5) La terapèutica, o art de la guarició, que descriu els règims dietètics i el caràcter dels fàrmacs, 6) La higiene, que tracta del manteniment de les condicions de salut, i 7) La medicació, que descriu els diferents tractaments mèdics pràctics, així com la seva aplicació per tal de combatre les malalties i restaurar la salut.<sup>83</sup>

En el capítol cinquè del *Colliget* podem trobar un apartat dedicat a la dietètica pediàtrica en el qual es fa esment a tres tipus de règim de vida: 1) el de la vida intrauterina, 2) durant el part i 3) durant la infantesa.

En el primer dels casos les dades principals són: que la mare tingui cura de no colpejar-se en el ventre per tal que el fetus no en pateixi les conseqüències, que els aliments i els líquids que prengui la dona embarassada siguin els més idonis tant per a la vida intrauterina com per a la futura producció de llet que haurà de mamar el nadó. En el cas de preveure que el nadó serà alimentat per una dida, també caldrà que aquesta segueixi el mateix règim de vida que la futura mare, durant aquest temps és important ensenyar a la futura dida la millor forma d'alimentar i banyar els nadons. Quan es presentin dificultats digestives en l'embarassada, s'haurà de tractar amb carminatius o aperitius que no perjudiquin la vida del fetus. Ha de tenir-se molta precaució amb la utilització

---

<sup>83</sup> Averroes., *Comentarios a Galeno*; tr., castellà, Vázquez de Benito, M<sup>a</sup>. C.; Salamanca, Gráficas Cervantes, 1987.

de les sagnies durant l'embaràs, per tal d'evitar els avortaments, i en cas de produir-se alteracions dels humors, els tractaments farmacològics hauran d'aplicar-se amb molta cura, utilitzant en tots els casos fàrmacs suaus i a dosis baixes.

En el segon cas recomana: un tractament que faci forta la musculatura i eviti les alteracions nervioses, com el bany, les friccions, etc., així com la reducció dels greixos en la dieta. En cas de part difícil, Averroes recomana una decocció de dàtils i de fenc grec, i que la llevadora procedeixi a una versió ràpida del fetus, tibant dels peus del fetus, al mateix temps que comprimeix amb la mà la part superior del ventre de l'embarassada. En cas d'hemorràgia o de manca d'evacuació recomana fàrmacs adequats; en cas d'estrenyiment recomana la mirra. No fa esment, però, al retard de la sortida de la placenta.

Per a la tria de la dida Averroes recomana que tingui entre vint i trenta anys, que tingui un temperament adequat, i un cos ben alimentat i sa. La llet de la futura dida ha de ser equilibrada, no gaire greixosa, però tampoc massa fluixa; de color blanc, de gust dolç i compacta, sense grumolls. La dieta de la dida ha de ser rica en proteïnes, sucres i greixos; en aquest últim cas es decanta per la inclusió de l'oli en la dieta. Ha de practicar exercici i tenir una bona digestió.

Després del part i de la lligadura del melic, el nadó s'havia de banyar amb aigua tèbia. Sembla que en al-Àndalus era freqüent i precoç l'alimentació mixta dels bebès, ja que Averroes diu literalment: «Quan durant l'alletament es donin altres aliments, de la forma com s'acostuma ara en el nostre país...».<sup>84</sup>

D'aquestes recomanacions podem deduir que Averroes, com els seus antecessors clàssics, mantenia un interès teòric pel coneixement de l'embaràs i el part, però que l'actuació pràctica a l'hora del part era en mans de les llevadores, que eren les persones amb coneixements tècnics, per tal de poder conduir l'assistència al naixement i fer front, amb els escassos mitjans del moment, a les

---

<sup>84</sup> Cruz, M., Introducció a Averroes., *La medicina de Averroes: Comentarios a Galeno*; p. 33. “Cuando durante la lactancia se le diesen otros alimentos, al modo como se acostumbra ahora en nuestro país...”

situacions difícils en la sortida del fetus o en l'expulsió de la placenta. També sembla que Averroes recomanava l'alletament matern, però no era contrari a que l'alletament del nadó es deixés a una altra dona, la dida, ja que dona abundants recomanacions referides a la seva selecció i règim de vida.

### **2.3. La pràctica femenina de la medicina a l'edat mitjana. De Salern a la vall del Rhin**

Segons la majoria d'autors, varen ser les idees i teories d'Hipòcrates i Aristòtil les que van perviure al llarg de l'edat mitjana,<sup>85</sup> gràcies a l'obra dels metges àrabs. Des que al segle VI es varen tancar, les escoles de medicina d'Alexandria i d'Atenes, no hi va haver noves escoles mèdiques fins que, arribat el segle XI, a Salern, al sud d'Itàlia, es fundà una nova escola de medicina que esdevingué el primer i, possiblement, el més important centre d'estudi de la medicina durant segles.

A Salern hi havia des de l'any 820 un monestir benedictí amb un hospital. La primera figura de la medicina salernitana que va destacar va ser Gariopontus (970-1050), però l'escola salernitana va començar a tenir una influència decisiva en medicina amb la incorporació de Constantí l'Africà (1020-1087); nascut a Cartago, es dedicà durant anys al comerç entre Orient i Salern, i en observar aquí l'absència de textos mèdics, retornà durant tres anys a Àfrica, on recollí diferents manuscrits àrabs de medicina, que pel voltant de 1065 va dur a Salern. Més tard es convertí al cristianisme i, amb la recomanació de l'arquebisbe Alphanus, va ingressar a la comunitat benedictina de Monte Casino, on es va dedicar intensament a la traducció d'obres mèdiques de l'àrab al llatí, fins a la

---

<sup>85</sup> Vid., Laurent S., *Naître au moyen age. De la conception à la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII –XV siècle)*; París, Le léopard d'or, 1989, es pot consultar també O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*,

seva mort l'any 1087.<sup>86</sup> És gràcies a aquestes traduccions que el pensament d'Hipòcrates i d'Aristòtil, recollit per Galè, i posteriorment recopilat i comentat pels autors àrabs, es va tornar a introduir a occident, des de Salern. Un dels llibres traduïts per Constantí l'Africà que més ha contribuït al desenvolupament de la medicina llatina occidental ha estat la *Isagoge o Liber isagorarum*, que és la traducció llatina de fragments d'un escrit àrab, l'autor del qual era l'anomenat *K. Almasà'il fi t-tibb*, de *Hunain ibn Ishàq*, després llatinitzat en la forma de *Iohannitius*. Aquesta obra fou impresa multitud de vegades en el Renaixement, i va formar part de la col·lecció anomenada *Articella*.<sup>87</sup>

Tanmateix, al segle XII, les traduccions a Toledo, de Gerard de Cremona (1187), varen contribuir també a l'expansió d'aquest pensament. La Reconquesta de Toledo per Alfons VI l'any 1085 va fer que caiguessin a mans dels cristians un gruix de manuscrits àrabs reunits des de la invasió islàmica de Toledo l'any 711. Molts dels textos eren de caràcter científic i en gran mesura representaven la tradició de la ciència grega escrita en àrab. Cap a l'any 1135 l'arquebisbe de Toledo va establir una escola de traductors dirigida pel clergue de Segòvia, Domingo Gundislao, de la qual formaven part els jueus Salomó i Avendehut, als quals més tard s'hi van afegir Roberto Ketenense i Germán Dàlmata; varen iniciar el seu treball amb la traducció llatina de l'Alcorà, a la qual van seguir les obres de Ptolomeu i Aristòtil. Cap a l'any 1144, a l'Escola de Traductors de Toledo es va incorporar Gerard de Cremona (1114-1187), que

---

<sup>86</sup> Guerra, F., *op. cit.*, pp. 221-222.

<sup>87</sup> *L'Articella* estava constituïda per un conjunt variable d'escrits que giraven al voltant d'un nucli inamovible constituït per la *Isagoge* de Johannitius, al que amb el temps se li varen afegir els *Aphorismi i Prognostica* hipocràtics i breus escrits semiològics sobre el pols i l'orina, posteriorment el *Tegni* de Galè i, ja en el segle XIII, el hipocràtic *De regimene acutorum*. Vid. García Ballester, L., Arnau de Vilanova (1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipócrates latino y la introducción del nuevo Galeno; *Dynamis*, 2(1981), pp. 97-158. Per conèixer millor la tasca de Constantí l'Africà i la seva contribució a *l'Articella* vid. García Ballester, L., Paniagua, J.A., McVaugh, M. R., *Arnaldi de Vilanova. Opera medica prima*; Barcelona, Fundació Noguera i Universitat de Barcelona, vol X, 1996, p. 36.

havia arribat a Toledo en busca d'un text de Ptolomeu. Gerard va dominar aviat la filologia àrab i la seva tasca es va sumar a la dels altres traductors que provenien d'altres països europeus, especialment anglesos, com Anglico i Morley. Sembla que a la seva mort l'any 1187, Gerard de Cremona havia aconseguit traduir de l'àrab al llatí, prop de 90 obres de lògica, filosofia, astrologia, geometria, matemàtiques, òptica, alquímia i medicina; la llista de les seves traduccions apareix al final de la traducció que va fer del *Tegni* de Galè.<sup>88</sup> El conjunt d'obres mèdiques traduïdes per Gerard de Cremona constitueixen el que s'anomena *Corpus toledanum* o *l'obra de l'escola toledana*. L'obra de Cremona va revelar a l'occident el treball de metges àrabs com Rhazés i Avicena.<sup>89</sup>

### 2.3.1. L'Escola de Salern. La controvertida figura de Tròtula

«Tròtula de Ruggiero, segle XII dC, fou una dona metge de l'Escola de Salern. Fou també l'esposa d'un dels metges d'aquesta Escola i mare de dos fills. Col·laborà amb el seu marit en la composició de l'*Encyclopaedia regimen sanitatis* i se la considera autora d'un tractat d'obstetrícia i de ginecologia, *Trotulae curandum aegritudinum mulierum ante et post partum*, també conegut pel nom de *De passionibus mulierum*, en seixanta capítols. A aquest tractat se'l denomina *Tròtula*».<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> Vid. Guerra, F., *op cit.* p. 220.

<sup>89</sup> Laurent, S., *Naître au Moyen age*; París, Editorial Le leopard d'or, 1989, p. 4.

<sup>90</sup> Green, M., En busca de una auténtica medicina de mujeres: Los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegarda de Bingen, a Cabré, M., Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria, 2001, p. 29. "Tròtula de Ruggiero, fl. siglo XII d. C., fue una médica de la escuela de Salerno. Fue también la esposa de uno de los médicos de esa escuela y madre de dos hijos. Colaboró con su



Aquesta cita identifica clarament la figura d'una dona metge procedent de l'Escola de Medicina de Salern, però l'autenticitat i l'acceptació de les afirmacions que s'hi exposen s'ha posat en entredit per diferents autors. Intentarem, doncs, fer una aproximació a la figura de Tròtula.

Segons Cabré i Ortiz (1984), va ser l'any 1544 quan Johannes Schottus va publicar a Estrasburg una obra anomenada *Experimentarius medicinae* (col·lecció de receptes mèdiques experimentades), on citava l'obra de dues dones que durant l'edat mitjana van escriure sobre ginecologia; aquestes autores eren Tròtula i Hildegarda de Bingen. Schottus se sentia orgullós i entusiasmada pel descobriment del llibre de Tròtula, al qual ell anomenà *Trotulae curandarum aegritudinum muliebrium ante, in, & post partum Liber*. Respecte a l'autora, l'elogia qualificant-la de *dona certament gens vulgar, sinó de gran experiència i erudició*.<sup>91</sup> D'acord amb Cabré i Ortiz (1984), Tròtula va ser profusament publicada al llarg del segle XVI a diferents ciutats europees, entre aquestes Estrasburg, París, Lió, Venècia i Basilea. Les mateixes autores ens descriuen com tres anys més tard Paulus Manutius va incloure l'obra de Tròtula en un llibre de ginecologia, però no com a autora del segle XI, sinó dins del conjunt de les obres mèdiques clàssiques. D'aquesta forma, Tròtula va poder escapar a l'escrutini dels humanistes del Renaixement, perquè Manutius la va desvincular dels seus orígens medievals. Però va ser aquest èxit del text de Tròtula el que la va desvincular, durant un llarg període de temps, del seu origen femení. Les noves edicions de llibres mèdics, quan parlaven de Tròtula, no ho feien referint-se a un text ginecològic escrit per una dona del segle XI, sinó que s'hi referien com una obra d'un autor clàssic.

---

marido en la composición de la *Enciclopedia regimen sanitatis* y se la considera autora de un tratado de ginecología y obstetricia, *Trotulae curandarum aegritudinum mulieoricum (sic) ante et post Partum*, también conocido por *De passionibus mulierum*, en sesenta capítulos. A este tratado se le denomina *Trotula*.

<sup>91</sup> Schottus, J., *Experimentarius medicinae*; p. 2, citat a: Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XX-XX*; Barcelona, Icaria Editorial, 1984. p.34.

Varen persistir autors que van seguir defensant l'existència de Tròtula com a metgessa, professora de l'Escola de Medicina de Salern:

«Varen florir, doncs, en l'estudi Abella, Mercuriadis, Rebeca i Trota (a qui alguns anomenen *Tròtula*), ensenyant i debatent des de les seves càtedres; totes aquestes han de ser, sens dubte, commemorades amb extraordinari encomi».<sup>92</sup>

Cabré i Ortiz (1984) citen aquest fragment en referència a un text d'Antonio Mazza de 1681. Posen en dubte, però, l'autenticitat del que s'hi explica a causa que no hi ha testimonis que les dones salernitanes ensenyessin i debatessin des de les seves càtedres. Sembla que va ser Elena Cornaro la primera dona que, precisament també l'any 1681, va rebre el primer doctorat formalment atorgat en Filosofia per la Universitat de Pàdua.

Guerra (1989) també cita Tròtula de Ruggero, de qui afirma que va viure entre 1150 i 1225, i igualment presenta dubtes relacionats amb la identitat de l'esmentada Tròtula. Per a Guerra, uns la fan esposa de Johannes Platerius i altres diuen que es tracta d'un nom genèric, però que en realitat es tractava d'una llevadora. Guerra atribueix a Tròtula l'autoria del llibre *De passionibus mulierum* i explica que el text estava dividit en seixanta capítols que tractaven d'obstetrícia, ginecologia i cosmètica. Entre altres tècniques, recomanava la protecció del perineu, per tal d'evitar els esquinçaments durant el part i també aconsellava la sutura dels esqueixaments perineals.

---

<sup>92</sup> Cabré, M., i Ortiz, T., *op. cit.*, p.39. “ Florecieron, pues, en el Estudio patrio Abella, Mercuriadis, Rebeca y Trota (a quien algunos llaman Trótula), enseñando y debatiendo desde sus cátedras; todas ellas deben ser sin duda conmemoradas con extraordinario encomio”. Pérez Saldeño, en una article actual: Las mujeres en la historia y la ciencia; *Quark*, 27, 2003:60-71, accepta que Tròtula fos una dona, que va morir cap a l'any 1097, i afirma que a l'Escola de Medicina de Salern, van ser moltes les dones que varen poder estudiar, exercir la medicina i ensenyar-la, en un lloc on certament van ser molt apreciades.

O'Down i Philipp (1994) reconeixen la importància de l'Escola de Medicina de Salern, i en relació amb aquesta Escola reconeixen l'obra de Tròtula, a la qual li adjudiquen diferents noms: *De passionibus mulierum curandarum*, *De aegritudinibus mulierum*, *De curis mulierum*, *Tròtula major*, o senzillament *Tròtula*. Els autors no posen en dubte l'autoria, però no es defineixen en relació amb la identitat o a la qualificació de la tal anomenada *Tròtula*. Afirmen que podria tractar-se d'una dona metge, que hagués estudiat a l'Escola de Medicina de Salern, que possiblement era també llevadora, o que es tractés, senzillament, d'una llevadora que hagués posat els seus coneixements per escrit en aquest text, o fins i tot apunten la possibilitat que pot tractar-se d'un metge de sexe masculí, que hauria assumit una identitat femenina, pel senzill fet que es podria considerar ofensiu per l'època que un home s'interessés pels assumptes relacionats amb el naixement. Segons els autors esmentats, en aquest llibre es descriuen les diferents posicions del fetus, així com les males presentacions a l'hora del part. Per a altres autors com Schippergers,<sup>93</sup> la paraula *Tròtula* no fa esment a cap dona de Salern, sinó que es tracta tan sols d'un compendi de tradicions orals que porta per títol *Tròtula de passionibus mulierum*; Schippergers no es defineix sobre l'autoria de l'esmentada recopilació.

### 2.3.2. Hildegarda de Bingen

L'altra figura femenina, citada per Johannes Schottus en l'*Experimentarius medicinae* (col·lecció de receptes mèdiques experimentades), és Hildegarda de Bingen. De la figura d'Hildegarda de Bingen (1098-1179) tenim clares

---

<sup>93</sup> Schipperges, H., *El jardí de la salut*; Barcelona, Ed. Laia, 1987, p. 89.

referències.<sup>94</sup> Va néixer a Bermershein, prop d'Alzey, en la part més occidental de l'actual República Alemanya. La seva llarga vida va transcórrer a la vora del Rin. Els seus pares Hildebert i Matilde, nobles piadosos al servei del comte Meinhart de Spanheim, l'oferiren a Déu com a delme, pel fet de ser el desè infant de la família. A l'edat de vuit anys, Hildegarda va ser confiada, pels seus pares, a Jutta de Spanheim, monja reclusa a Disibodenberg, que es convertí en la seva tutora. En el convent, Hildegarda esdevení oblata benedictina i als quinze anys professà com a religiosa. Fou una nena desperta, intel·ligent i amb una gran sensibilitat, però de salut delicada; des dels tres anys eren conegudes les seves percepcions extrasensorials, que no sembla que preocupessin gaire la seva família o la seva tutora. La seva mestra espiritual, Jutta, morí l'any 1136 i Hildegarda va ser nomenada *abadessa*. Tot i la seva salut delicada, Hildegarda es dedicà totalment a tenir cura de la comunitat i procurar-ne el benestar material i espiritual.

Mentre exercia com a abadessa de la comunitat, el nombre de vocacions va augmentar considerablement, fet que feia necessari el trasllat i ampliació del convent. Disibodenberg havia esdevingut un centre d'interès espiritual i de pelegrinatge que atreia molta gent, a causa de la fama de santedat de Jutta, l'anterior abadessa, i al bon nom i reputació que Hildegarda mantenia. Una decisió fonamental d'Hildegarda, va ser traslladar el monestir des de Disibodenberg a Ruperstberg, a les rodalies de Bingen. Aquesta decisió va desencadenar una campanya en contra d'Hildegarda, per part de l'abat, els monjos i la població de Disibodenberg; aquest trasllat del convent femení suposava un inconvenient pels interessos econòmics de Disibodenberg.

L'any 1147 Hildegarda aconseguí el seu propòsit, després d'una intensa campanya que ella va liderar amb gran mostra de fortalesa espiritual, el mateix

---

<sup>94</sup> Per conèixer la figura d'Hildegarda de Bingen es pot consultar: Piqué, R. M., *Introduccio a Hildegarda de Bingen, Llibres de les obres divines*; tr. català, Segarra, I., Barcelona, Proa, 1997, pp. 7-45. També: Lorenzo, J., *Hildegarda de Bingen*; Madrid, Ediciones del Orto, 1996. Green, M., *op. cit.*, pp. 27-75, fa una aproximació a la figura d'Hildegarda comparant-la amb la de Tròtula.

papa Eugeni III autoritzà l'abadessa a traslladar la seva comunitat. Un cop assentada en el nou emplaçament, la seva salut va continuar debilitant-se, però això no li impedí desenvolupar una intensa activitat. Entre 1160 i 1170 Hildegarda recorregué el nord d'Alemanya en quatre missions pastorals que van fer augmentar la fama d'aquesta religiosa. L'any 1165 va fundar un nou convent de religioses a Eibingen, també a la riba del Rhin. Hildegarda fou una dona molt activa, va compaginar aquesta activitat de bona gestió i governança de la seva comunitat amb l'escriptura. La seva obra literària abraça una amplitud temàtica considerable, que s'estén des de l'obra mística, en la que descriu les seves visions i revelacions divines, fins al discurs més científic, que ens mostra una abadessa naturalista que practica una observació sistemàtica. Hildegarda mantingué també una nombrosa correspondència, amb moltes personalitats del moment; les seves cartes ens mostren un fidel retrat de l'època, amb els seus problemes, expectatives i esperances.<sup>95</sup>

Hildegarda de Bingen tingué el do de ser contemplativa i activa alhora, compaginà la vida de pregària, la cura pastoral de la seva comunitat i l'escriptura. Hildegarda adoptà un estil de vida que va trencar els patrons de l'època, no era usual que una dona prediqués, i ella ho va fer. Compaginà el claustre amb els viatges, i va conèixer i tractar molta gent. Viatjà profusament per a visitar les comunitats monàstiques de la zona, però també practicà la medicina en el si del convent; exercir aquesta assistència envers la població femenina era considerada una de les obligacions dels convents femenins;<sup>96</sup> en aquest camp Hildegarda exercí un saber pràctic i metòdic.

L'any 1179, havent adquirit una gran popularitat que trascendia els àmbits comarcals, Hildegarda morí en el si del monestir que havia fundat vint-i-nou anys enrere, i va deixar com a herència una obra enciclopèdica, plena de sensibilitat i saviesa.

---

<sup>95</sup> Pique, R. M., *op. cit.*, p. 19.

<sup>96</sup> Lorenzo, J., *op. cit.*, p. 38.

### 2.3.2.1. L'obra literària d'Hildegarda de Bingen

Tot i la seva naturalesa malaltissa, Hildegarda va tenir una vida llarga i fecunda, en la qual va escriure una extensa obra literària. Hildegarda aprengué a llegir i a escriure en alemany i llatí, a l'interior del convent. No estudià de forma sistemàtica, tot i que va escriure sobre teologia, filosofia, medicina i música. Ella es referia a si mateixa com a *paupercula mulier* (dona pobreta) o *indocta mulier* (dona inculta),<sup>97</sup> però la seva obra mostra un important coneixement de tots els temes tractats.

La primera obra coneguda d'Hildegarda és *Scivias*, la seva escriptura s'inicià l'any 1141. Dos anys abans l'abadessa havia sentit una veu interior que la cridava a escriure la seva experiència espiritual, fruit de les seves visions profètiques; ella es resistia a escriure i patí una dura lluita interior, que la atormentava: el monjo Volmar, que exercia de secretari al convent d'Hildegarda, fou testimoni d'aquesta lluita i n'informà l'abat Conon de Disibodenberg, que ordenà a Hildegarda que escrivís les visions. La composició de *Scivias* ocupà l'abadessa durant deu anys. Al voltant de 1160, Hildegarda escrigué un altre llibre titulat *Liber vitae meritorum*; l'últim llibre de la trilogia dedicada a les revelacions és un drama paralitúrgic anomenat *Ordo virtutum*.<sup>98</sup>

Tot i que mai estudià música, Hildegarda va tenir una faceta musical recollida en les quaranta-tres antífoes i en el drama musical paralitúrgic *Ordo virtutum*, així com en la seva *Symphonia armoniae celestium revelationu*. Hildegarda entenia el cant i la música com a expressió dels sentiments. No s'identificà amb la visió predominant a l'Alta Edat Mitjana d'entendre la música com quelcom intel·lectual, la seva música, com tota la seva obra, és exuberant, apassionada i sensorial.

---

<sup>97</sup> *Íbid.*, p. 14.

<sup>98</sup> Vid. Lorenzo, J., *op. cit.*, pp. 39- 44.

Hildegarda va escriure també obres veritablement científiques. El seu saber científic té un origen experimental, que prové de la contemplació de la natura, d'animals i de plantes, i de les malalties de la gent que acudia a fer-se guarir. D'altra banda, la seva obra ens fa pensar que devia conèixer l'explicació global de l'univers segons les interpretacions de l'època, recollida en enciclopèdies com la d'Isidor de Sevilla i d'altres. L'expressió científica d'Hildegarda podem trobar-la a la seva obra *Physica* o *Llibre de la medicina*. Es tracta d'una obra senzilla, que conté un herbari, un bestiari i un lapidari. Per altra banda va escriure també *Causae et curae* o *Llibre de la medicina composta* que és un manual de medicina pràctica i de farmacologia.

### **2.3.2.2. L'obra mèdica d'Hildegarda de Bingen**

Segons Cabré i Ortiz (1984), quan Johannes Schottus va publicar a Estrasburg l'obra anomenada *Experimentarius medicinae* (col·lecció de receptes mèdiques experimentades) citava dues dones que durant l'edat mitjana van escriure sobre ginecologia: Tròtula i Hidelgarda. Sembla, però, que els barbarismes de l'estil llatí d'Hildegarda, així com la seva utilització de la terminologia germànica, la caracteritzaven completament com a medieval, i per tant poc interessant per als humanistes del Renaixement.

L'obra mèdica d'Hildegarda aconseguí poc ressò en la seva època, va ser coneguda només en l'estreta franja de la vall del Rin; ni tan sols en els monestirs de monges benedictines mostraren interès en la difusió de la vessant mèdica de l'abadessa. La seva fama no es va deure ni a la seva obra mèdica, ni a la seva música o poesia, sinó que es va consolidar gràcies als seus dons profètics.

*Causae et curae*, la seva principal obra mèdica, caigué en l'oblit, i a diferència del Tractat de Tròtula no va ser recollit ni editat durant molts segles.

*Causae et curae* fou recuperat l'any 1859 i no s'edità íntegrament fins al 1903. Actualment només se'n coneix una còpia completa i una col·lecció d'extractes, tot i que sembla que hi va haver dos manuscrits medievals més, dels quals es desconeix la ubicació.<sup>99</sup> La medicina d'Hildegarda fou rescatada de l'oblit a mitjan del segle XIX, en el marc d'un projecte més ampli d'edició de tots els seus escrits. No tant per l'interès mèdic de l'obra medieval, sinó pel fet del seu origen femení les obres d'Hildegarda i de Tròtula van ser ben rebudes per les historiadores feministes de la medicina de principi de segle XX. Aquestes escriptores minimitzaren la inspiració divina d'Hildegarda i focalitzaren l'atenció cap a aquells aspectes més adequats als principis estrictament científics.<sup>100</sup>

En l'obra mèdica d'Hildegarda es descobreix una observació aguda feta per part d'una dona que investiga sobre tot allò que veu, n'examina les causes i en treu conseqüències pràctiques. Els seus coneixements sobre la psicologia i la fisiologia de l'home i la dona són sorprenents en una monja medieval, que des dels vuit anys havia viscut en un monestir. Segurament Hildegarda obtingué els seus coneixements del seu ministeri pastoral. Durant molts anys es dedicà a escoltar i aconsellar les persones. Les dones acudien a ella perquè els guarís els seus mals físics, psíquics, espirituals o morals. Hi ha constància que a Hildegarda acudiren a demanar-li consell i opinió dones d'altres monestirs alemanys, però també dones de vida secular com Leonor d'Aquitània i fins i tot l'emperadriu bizantina Irene.<sup>101</sup>

Hildegarda mostra en la seva obra mèdica un profund coneixement de la naturalesa femenina; que ens demostra que la seva vida en el convent li va permetre obtenir informació de primera mà; en el seu convent s'acollia, com en

---

<sup>99</sup> Vid., Green, M., *op. cit.*, p. 43.

<sup>100</sup> Lipinska, M., *Les femmes et le progrès des sciences médicales*; París, Masson Cie, 1930, citat a Green, M., *op. cit.*, p. 44. “Lipinska sugirió que la “confusión que reina en esta obra” podría atribuirse al hecho de que Hildegarda fue, en primer lugar y por encima de todo, una visionaria”.

<sup>101</sup>Cabré, M., Hildegarda de Bingen y la práctica de la autoridad; *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, 16(1999), p. 81-95.



qualsevol cenobi de l'època, vídues, mares, exesposes, noies penedides d'una vida pecaminosa, etc., sempre que fossin de classe alta. El monestir va constituir per a ella un laboratori, que li proporcionà una important font de coneixement. Aquesta hipòtesi permet explicar la seva acurada descripció del coit, amb la contracció dels músculs vaginals, l'ejaculació o l'orgasme.<sup>102</sup> La seva obra mèdica conté també una descripció de les diferències en el flux menstrual entre les noies joves i les dones adultes. En *Causae et curae* es tracta la naturalesa, causes i símptomes de les malalties, i s'estén àmpliament en les qüestions sexuals i les malalties venèries, higiene de l'embaràs i el puerperi, així com les regles per suprimir el desig sexual.<sup>103</sup>

Entre els molts aspectes de la seva obra no hi podia faltar l'atenció a l'embaràs i el part. Hildegarda parla de les atencions davant les dificultats en l'atenció al part. En aquests casos Hildegarda recomanava:

«Si una dona embarassada té moltes dificultats en el part, s'ha de posar a bullir amb molta cura herbes suaus, fonoll i heura de terra, i després d'esprémer l'aigua, s'han d'aplicar en calent sobre les cuixes i l'esquena, i a continuació cobrir-les suaument amb un drap per tal d'alleujar el dolor i perquè les vies del part que estan tancades s'obrin més fàcilment».<sup>104</sup>

L'aspecte, però, més destacable en l'obra d'Hildegarda és la seva peculiar visió de la sexualitat i la reproducció humana. La procreació constituïa la màxima expressió de la sexualitat. En la procreació es manifestava el moment en què la

---

<sup>102</sup> Vid. Lorenzo, J., *op. cit.*, p. 36-39.

<sup>103</sup> Vid. Guerra, F., *op. cit.*, p. 219.

<sup>104</sup> Schipperges, H., *El jardín de la salud*; Barcelona, Ed. Laia, 1987, p. 30. "Si una mujer embarazada tiene muchas dificultades en el parto, hay que hervir cuidadosamente hierbas suaves, esto es, hinojo y hiedra terrestre, y después de exprimir el agua, hay que aplicarlas en caliente sobre los muslos y la espalda y a continuación cubrirlas suavemente con un paño para aliviar el dolor y para que las vías del parto que están cerradas se abran suave y fácilmente."

unió d'una parella es produïa en la seva fonamental reciprocitat. Per a Hildegarda la sexualitat era part de la *constituto prima* de l'home i de la dona. Des del principi l'home i la dona foren creats l'un per a l'altre i foren revestits de tota dignitat. Ambdós foren creats pel vincle de l'amor i la seva màxima expressió era l'amor carnal. La unió sexual de l'home i la dona fou descrita per Hildegarda en tres fases: la libido, la potència i l'acte; i aquesta vida sexual constituïa un reflex de la vida trinitària de la divinitat.<sup>105</sup> L'abstinència no constituïa per a Hildegarda un comportament saludable, tot i que depenent del temperament de cadascú convenia un tipus o altre de comportament sexual. Hildegarda descriu en la seva obra quatre tipus de temperaments: colèric, sanguini, melangiós i flegmàtic; ambdós sexes poden associar-se amb qualsevol dels quatre temperaments.<sup>106</sup>

Un aspecte veritablement nou el trobem en la interpretació dels quatre humors referint-los a la conducta sexual; tanmateix, Hildegarda proporciona una descripció detallada dels quatre temperaments femenins, a més dels masculins. No hi ha testimonis anteriors de descripcions fisiològiques similars dels temperaments femenins.<sup>107</sup> Un comportament sexual saludable dependria de la constitució de cada dona. En algun temperament l'abstinència sexual podia ser causa de malaltia, així en la descripció de les dones amb humor sanguini podem llegir:

«Algunes dones són de naturalesa ventruda, i posseeixen carns tendres i complaents, i venes primes i sang pura sense femta... I tenen el cutis llustrós i blanc, i en les abraçades de l'amor són complaents; i són subtils en les arts i d'ànim moderat. En la menstruació només pateixen una moderada pèrdua de sang, i la seva

---

<sup>105</sup> *Íbid.*, p. 41.

<sup>106</sup> Lorenzo, J., *op. cit.*, p. 38.

<sup>107</sup> Dronke, P., *Las escritoras de la Edad Media*; trad., castellana, Ainaud, J., Barcelona, Crítica (Grijalbo Mondaroni S.A.), 1995. pp. 249-250.

matriu està fermament disposada per al part, per la qual cosa són fèrtils i poden recollir el semen viril, si bé no engendren gaires fills. I si no tenen marit, de forma que no tenen fills, és probable que el seu cos se'n ressenti. Però si tenen marit es mantenen sanes».<sup>108</sup>

Per a Hildegarda, la dona de constitució sanguínia era l'expressió de la dama delicada i atractiva, ben educada, serena, capacitada per a la demostració física de l'amor i fruit del sexe, per a elles constituïa una desgràcia no casar-se i tenir fills.

La dona flegmàtica, en canvi, evocava per a Hildegarda una figura més ombriva i aspra, posseïa un cutis fosc, que indicava que treballava a l'aire lliure i que no era una dama que gaudís de moments d'oci. Els seus instints i desitjos sexuals eren més primitius que en la dona sanguínia, físicament era robusta i dotada de sentit comú, i podia mostrar-se agressiva i dominant:

«...I tenen rostre sever i cutis fosc, i són valentes i pràctiques, i tenen un caràcter un xic masculí... són molt fecundes i conceben amb facilitat... Atrauen els homes i fan que aquests els vagin al darrere, i per aquest motiu les volen els homes. Si volen abstenir-se dels homes, poden abstenir-se de tenir-hi tracte, i no pateixen gaire per aquest motiu, encara que sí una mica. Però si eviten el contacte amb els homes, el seu caràcter es torna difícil...».<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> *Íbid.*, p. 250. “Algunas mujeres son de naturaleza oronda, y poseen carnes tiernas y placenteras, y venas delgadas y sangre pura y sin heces... Y tienen el cutis lustroso y blanco, y en los abrazos del amor son complacientes; y son sutiles en las artes, y de ánimo moderado. En la menstruación sólo sufren una moderada pérdida de sangre, y su matriz está firmemente dispuesta para el parto, por lo cual son fértiles y pueden recoger el semen viril, si bien no engendran muchos hijos. Y si no tienen marido, de modo que no tienen hijos, es probable que su cuerpo se resienta. Pero si tienen marido, están sanas.”

<sup>109</sup> *Ídem.* “...I tienen rostro severo y tez algo oscura, y son valientes y prácticas, y tienen un carácter un tanto hombruno...son muy fecundas y conciben con facilidad...Atraen a los hombres y hacen que les vayan detrás, y por eso las quieren los hombres. Si desean abstenerse de hombres, pueden abstenerse de tener trato

A la dona colèrica, Hildegarda, la considerava més lloable que amable. Inspirava respecte per la seva conducta discreta i servicial, era fidel i virtuosa però un xic freda:

«Hi ha unes altres dones que són primes de carns... Són de cutis pàl·lid, prudent i benivolents, i els homes mostren cap a elles respecte i temença. Perden molta sang en la menstruació, i tenen la matriu fermament disposada i són fecundes. I als homes els agrada el seu caràcter, encara que les eviten en certa mesura, perquè elles els atrauen sense seduir-los. I si es casen són castes, i mantenen per als seus marits la fidelitat pròpia de les esposes, i viuen saludablement amb ells. Però si no tenen espòs el seu cos se'n ressent...».<sup>110</sup>

Però el temperament més diferenciat per a Hildegarda era el melangiós. Tot i que, des d'una respectiva mèdica, Hildegarda descrivia els quatre humors citats com a variants d'una mateixa condició fisiològica, la descripció de l'humor melangiós ens ofereix una interpretació de la melangia com a maledicció, conseqüència del pecat originari d'Adam. Així doncs, la melangia constituïa, per a l'abadessa, la cara tràgica de l'existència humana, des que el primer home va pecar, com també una expressió particularment acusada en homes i dones d'una determinada complexió humoral:

---

con hombres, y no sufren mucho por ello, aunque sí un poco. Pero si evitan tener trato con hombres, su carácter se vuelve difícil”.

<sup>110</sup> *Ídem*. “Hay algunas mujeres que son delgadas de carnes...Son de tez pálida, prudentes y benévolas, y los hombres les muestran respeto y las temen. Pierden mucha sangre en la menstruación, y tienen la matriz firmemente dispuesta y son fértiles. Y a los hombres les gusta su carácter, aunque las rehuyen y las evitan en cierto modo, porque ellas los atraen sin seducirlos. Y, si se casan son castas, y mantienen para con sus maridos la fidelidad propia de las esposas, y viven saludablemente con ellos. Pero si carecen de esposo, su cuerpo se resiente...”

«Però hi ha dones que són de carns magres i venes gruixudes... I són volubles i de pensament lliure, i llangueixen enutjosament amb l'avorriment. Són també disperses de caràcter, de forma que sovint les afligeix la melangia. Perden molta sang amb la menstruació i són estèrils, perquè tenen la matriu dèbil i fràgil, per la qual cosa no poden rebre el semen viril ni retenir-lo, ni escalfar-lo, i per aquest motiu estan més sanes, més fortes i contentes sense marits que amb ells; ja que si estan amb els seus marits esdevenen dèbils de nou...». <sup>111</sup>

Segons la interpretació de Peter Dronke, Hildegarda s'autoclassificava dins el grup de les dones d'humor melangiós. <sup>112</sup> Així doncs, per a Hildegarda la possibilitat de desenvolupament intel·lectual estava íntimament lligada a la complexió física de la dona i en tot cas no podia anar lligada al matrimoni ni a la procreació. La maternitat era el destí de la majoria de les dones, només aquelles que patien d'un temperament melangiós podien desenvolupar la seva capacitat de pensament en ambients religiosos, on allunyades del plaer carnal viurien més sanes, fortes i contentes. Tot i així, no totes les dones dotades d'aquesta complexió adoptaven aquesta forma de vida i en cas que portessin una vida convencional al costat d'algun home, si aquest era robust i de complexió sanguínia, podien esdevenir fèrtils a una edat avançada, al voltant dels cinquanta anys. <sup>113</sup> Aquesta descripció ens pot fer recordar el cas de Sarah, esposa d'Isaac,

---

<sup>111</sup> *Ídem* “Pero hay otras mujeres que son de carnes magras y venas gruesas...Y son volubles y de pensamiento libre, y languidecen enojosamente con el hastío. Son también dispersas de carácter, de modo que a veces las aflige la melancolía. Pierden mucha sangre durante la menstruación y son estériles, porque tienen la matriz débil y frágil, por lo que no pueden recibir el semen viril ni retenerlo ni calentarlo, y por eso están más sanas, más fuertes y contentas sin maridos que con ellos; pues si están con sus maridos, se vuelven débiles otra vez...”

<sup>112</sup> *Íbid.*, p. 252.

<sup>113</sup> *Íbid.*, p. 251.

que també esdevení fèrtil després de molts anys de matrimoni en el moment de l'arribada del climateri.

## 2.4. Una figura clau en el període medieval. Arnau de Vilanova

Arnau de Vilanova, probablement nascut a València al voltant de 1238, i mort l'any 1311, va estudiar medicina a Montpeller. A partir de 1281 va ser metge dels reis d'Aragó: Pere III, Alfons III i Jaume II. La seva fama va ser de tal magnitud que va arribar a ser metge personal d'alguns papes, com en el cas de Bonifaci VIII.

Arnau de Vilanova ha estat una figura controvertida a causa de la seva àmplia activitat, ja que es va interessar profundament pels estudis teològics i per la reforma de l'Església cristiana; arribà fins i tot a anunciar la fi del món i la vinguda de l'anticrist per a l'any 1378.

A causa del seu naixement en *terra de frontera* coneixia bé l'àrab i això li va permetre traduir nombroses obres de metges àrabs. Les seves obres completes van ser impreses, per primera vegada a Lió l'any 1504, i inclouen el *Regimine sanitatis*, llibre dedicat a Jaume II; el *Brevarium practicae*, el *Speculum medicinae*, així com textos variats d'alquímia, plantes medicinals i altres temes.<sup>114</sup> Aquesta intensa activitat com a metge de reis i papes, teòleg i traductor no li varen impedir ensenyar medicina a Montpeller.

---

<sup>114</sup> Per ampliació del tema en relació a la vida i obra d'Arnau de Vilanova es pot consultar: Guerra F., (1988), *op. cit.*, Tomo I, pp. 237-238, o també Carrera, J. M., *Història de l'obstetrícia i ginecologia catalana*; Barcelona, Fundació Uriach, 1998, p. 20. Sobre les obres d'Arnau de Vilanova i la seva influència al Renaixement vid. Giralt i Soler, S., *Arnau de Vilanova en la impremta renaixentista*; Manresa (Barcelona), Publicacions de l'arxiu històric de ciències de la salut, 2002.

La influència de Salern en l'ensenyament de la medicina havia decaïgut, a causa del saqueig que la ciutat va patir l'any 1194, a mans d'Enric VI, durant les lluites dels Hohenstaufen; a partir d'aquest moment es va iniciar una decadència dels seus mestres, especialment deguda a la creació de noves escoles de medicina. A final del segle XIII varen despuntar tres grans centres mèdics a Europa: Bolonya, París i Montpeller. En les últimes dècades dels segle XIII, mestres de la medicina van introduir reordenacions del estudis mèdics universitaris en aquestes tres universitats, que van constituir una radical i revolucionària ampliació de l'horitzó intel·lectual de les facultats de medicina.<sup>115</sup> Gràcies a aquesta reordenació dels estudis varen fixar un nou *moviment mèdic* que es detectà de forma clara ja durant la dècada dels vuitanta a Bolonya per obra de Taddeo Alderoti, a París amb Johannes de Sancto Amado entre 1285-1290, i a Montpeller amb l'activitat universitària d'Arnau de Vilanova, iniciada entre 1288-1290.<sup>116</sup>

L'Escola de Medicina de Montpeller s'havia començat a consolidar a l'inici del segle XIII. El corpus d'ensenyaments mèdics que s'impartien a Montpeller es va anar constituint mitjançant l'assimilació de les tradicions salernitanes expressades mitjançant els continguts de *l'Articella*. El primer autor de literatura mèdica pròpia a Montpeller va ser Henry de Winchester, que va escriure un comentari a *la Isagoge* de Johannitius, amb anterioritat a l'any 1240. Tot i que l'activitat traductora de Gerard de Cremona a Toledo havia finalitzat ja l'any 1187,

---

<sup>115</sup> En aquest mateix període històric s'iniciaren els estudis de medicina a Catalunya. L'any 1300 Jaume II, prèvia autorització papal de Bonifaci VIII, fundà un Estudi General de Medicina a la ciutat de Lleida. Els professors de medicina hi foren considerats de rang inferior als de la resta d'estudis (Dret Canònic, Dret Civil, Filosofia i Arts), fins al privilegi d'igualació promulgat per Joan I, quasi un segle després l'any 1391. Aquests estudis van assolir una certa rellevància a causa dels lligams que establiren amb la facultat de Medicina de Montpeller, i als serveis esporàdics d'Arnau de Vilanova. Vid. Termes, J., Alcolea, S., Casassas, J., Lluch, E., *La Universitat de Barcelona*; Barcelona, Publicacions de la Universitat de Barcelona, 1991.

<sup>116</sup> García Ballester, L., 1981, *op. cit.*, p. 97.

les fonts emprades per Henry de Winchester es limitaven a *l'Articella*. L'aportació d'Arnau a l'Escola de Montpeller constitueix una ampliació dels textos a estudiar i una inclusió de l'escola toledana, que d'aquesta forma va configurar Montpeller com a cruïlla d'unió entre les aportacions de les traduccions salernitanes fetes per Constantí l'Africà i les toledanes de l'obra de Gerard de Cremona. L'ambient intel·lectual del Montpeller de la fi dels segle XIII s'inscriu en un moment de forta polèmica entre el *corrent empíric* que rebutjava l'eficàcia de qualsevol regla racional i qüestionava que la tècnica mèdica s'hagués de fonamentar en l'estudi dels llibres clàssics d'Hipòcrates i de Galè, i el *corrent racional*, partidari de fer de la medicina una tècnica fundada racionalment, una «ars seu regula racionis».<sup>117</sup> Arnau de Vilanova encapçalava aquest segon corrent, i creia que l'objectiu del metge s'havia de dirigir a la consecució de la salut, i que per tal d'aconseguir aquest objectiu calia una ordenació de la ment, que es fonamentés en els mitjans adequats; aquests mitjans incloïen inexcusablement l'estudi de les obres de Galè i d'Hipòcrates. Però, a la fi del segle XIII, en un moment de polèmica i controvèrsia, aquest plantejament no quedava satisfet amb els continguts esquemàtics i aforístics continguts en *l'Articella*, ni tampoc en els comentaris que s'hi havien anat afegint, sinó que exigien una aproximació a Galè de forma més àmplia i detallada. Per aquest motiu, Arnau va incorporar al programa de formació mèdica de Montpeller l'obra toledana de Gerard de Cremona. Però aquesta ampliació no va ser suficient per satisfer Arnau, qui fidel a la seva procedència *d'home de frontera*, va viure immers en les cultures cristianes, àrab i jueva. Arnau de Vilanova aprofundí en el coneixement de Galè en les riques fonts bibliogràfiques de les traduccions àrabs, atès que no sabia grec, però sí que coneixia l'àrab i, per tant, ell mateix va traduir algunes de les obres d'aquests metges al llatí.

---

<sup>117</sup> De Maitre, L., *Arnaldi de Vilanova Opera Medica Omnia*; vol IV, Barcelona, Fundació Noguera i Universitat de Barcelona, 1996.



L'any 1308 Arnau de Vilanova va ser cridat per Climent V a Avinyó, per tal d'atendre'l de les seves dolences; i va ser aquest mateix papa el que amb la seva butlla, de 8 de setembre de 1309,<sup>118</sup> va fer possible l'aprovació d'un nou ordenament dels ensenyaments mèdics a Montpeller. La nova ordenació de 1309 incloïa de forma explícita l'ensenyament de les vuit obres de Galè següents: *De complexionibus*, *De malicia complexionis diverse*, *De simplici medicina*, el conjunt conegut amb el nom de *De morbo et accidente*, *De crisi*, *De criticis diebus*, *De ingenio sanitatis* i el *Tegni*.<sup>119</sup> Només aquest últim formava part de l'*Articella* i, per tant, era ja ensenyat de forma regular als estudiants de medicina de Montpeller.

En els ambients acadèmics de les facultats de medicina del moment, les afirmacions dels clàssics —les denominades autoritats (Aristòtil, Hipòcrates, Galè, Rhazés, Avicena, etc.)— no es verificaven amb la realitat, no es practicaven disseccions a cadàvers, i quan es plantejava un problema concret, una *qüestio*, no se solucionava apel·lant al contacte amb el malalt, sinó mitjançant la discussió sobre la base textual i la lògica del sentit comú. El problema de les contradiccions entre autoritats constituïa una de les principals fonts de preocupació del metge universitari medieval del segle XIII. L'ideal medieval consistia a aconseguir la conciliació i harmonització dels clàssics, mitjançant la utilització de la raó. Per a Arnau de Vilanova els desacords entre Galè i Aristòtil s'havien de decidir apel·lant al principi de l'acció terapèutica, i era aquesta la que servia de guia per a l'elecció entre les possibles divergències. Arnau de Vilanova va ser un excel·lent coneixedor també de l'obra de Rhazés, Avicena i Averroes, tot i que sempre es mostrà contrari a l'obra d'aquest últim i dels seus seguidors.<sup>120</sup>

---

<sup>118</sup> Laurent, S., *op. cit.*, p. 6.

<sup>119</sup> García Ballester, L., 1981. *op. cit.*, pp. 120-121.

<sup>120</sup> Vid. García Ballester, L., 1981. *op. cit.*, pp. 139-140, així com Jacquart, D., *La scolastique médicale*, en Grmek, M. D. *Histoire de la pensée médicale en Occident*; Tome 1. Antiquité et Moyen Age; Editions du

#### 2.4.1. La ginecologia en l'obra d'Arnau de Vilanova

Segons Usandizaga (1944), l'obra ginecològica d'Arnau està en el seu llibre *Breviarium breve*, ja que en el tercer llibre estudia de forma conjunta les malalties de les dones i les mossegades dels animals verinosos *quia mulieres ut plurim sunt animalia venenosa*.<sup>121</sup> En aquest tractat parla de les causes de l'esterilitat, de l'embaràs, de la determinació del sexe del fetus abans del part, de la dietètica durant l'embaràs i de les dificultats del part. Considera un part normal quan el fetus neix de cap, amb els braços plegats als costats, però també considera el part com a normal quan el fetus neix de natges amb les cames esteses; sembla que seria la primera vegada en què un part de natges és considerat com a normal. També fa esment a l'assistència als parts dificultosos, així si el fetus està mal col·locat en el moment del part, recomana que la llevadora realitzi una versió, per tal de col·locar-lo de la forma òptima.<sup>122</sup>

Arnau de Vilanova també va escriure tractats destinats directament a les dones, per tal de conservar la bellesa.<sup>123</sup> En l'obra d'Arnau de Vilanova es barregen les recomanacions científiques amb dades referents a malefics que comportaven com a resultat la impotència o l'esterilitat. Els malefics es podien

---

seuil, Paris, 1993, pp. 175-210. Es té constància que Arnau de Vilanova va traduir el tractat avicenià, *Sobre els remeis pel cor* (al-Adwiya al-Qalbiya); vid., Ferre, L., *op. cit.*, p. 166.

<sup>121</sup> Usandizaga, M., *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*; Santander, Aldus, 1944, p. 55.

<sup>122</sup> Segons Giralt, S., *op. cit.*, p.88, el tractat *Breviarium* atribuït a Arnau de Vilanova ha de ser considerat apòcrif. Aquesta afirmació és fonamenta en els estudis de Juan Antonio Paniagua, amb aportacions de Michael McVaugh, Luís García Ballester i Pedro Gil-Sotres. Cal tenir en compte que Giralt cita l'obra com a *Breviarium practice* i no com *Breviarium breve* tal com ho fa Usandizaga, suposem que es tracta de la mateixa obra doncs en la relació d'obres atribuïdes a Arnau de Vilanova no hi consta cap que dugui el títol de *Breviarium breve*.

<sup>123</sup> Cabré, M. M., *La cura del cos femení i la medicina medieval de tradició llatina. Els tractats "De ornatu" i "De decorationibus mulierum" atribuïts a Arnau de Vilanova, "Tròtula" de mestre Joan, i "Flos de tresor de beutat", atribuït a Manuel Dieç de Calatayud*; Tesi doctoral, Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona, 1996.

fer emprant animals o vegetals, com per exemple: testicles de gall posats sota del llit nupcial, o bé mitjançant paraules escrites amb sang de ratpenat. Com altres autors del moment, Arnau relacionava l'astrologia amb la salut. Usandizaga (1944) fa esment a alguns experiments que afirma que realitzava Arnau de Vilanova, i que pretenien estudiar la formació de l'ésser humà; amb aquest fi es diu que Arnau havia experimentat amb llavors humanes amb la finalitat d'obtenir in vitro un embrió:

«També tinc per a sospitós que El Torrat diu en la seva primera paradoxa que Arnau de Vilanova va agafar llavor humana en cert vas preparat a l'efecte, i a la llavor hi va afegir proporcions conformatives i transmutatives, i que al cap d'uns dies va trobar que s'havien organitzat i figurat una espècie de membres humans. Meravellat davant del cas no va voler seguir endavant per tal de no temptar Déu i obligar-lo a haver d'introduir ànima en aquella matèria, i d'aquesta manera va trencar el vas i el va rebutjar».<sup>124</sup>

#### **2.4.1.1. Arnau de Vilanova i els *Regimina sanitatis***

Els *Regimina sanitatis* van ser una forma de literatura mèdica que van proliferar a l'edat mitjana, i que arribaren a la seva maduresa a l'inici del segle

---

<sup>124</sup> Usadizaga, M., *op. cit.*, p. 57. L'autor cita aquest fragment a partir de la referència que en fa el jesuïta Nieremberg en la seva obra: *Curiosa y oculta filosofía*. "También tengo por más sospechoso lo que El Tostado dice en su primera paradoja que Arnaldo de Vilanova cogió la semilla humana en cierto vaso preparado, a la cual fomentó con proporcionados confirmativos y transmutativos, y que al cabo de algunos días halló que se había organizado y figurado con miembros humanos. Maravillado del caso no quiso pasar adelante por no tentar a Dios y obligarle a que introdujese ánima en aquella materia, y así quebró el vaso y lo arrojó."

XIV, quan varen especialitzar-se i es convertiren en tractats personalitzats; es tractava d'escrits d'higiene de caràcter individual; és a dir, textos escrits per a determinats subjectes i adaptats, per tant, a les característiques del pacient.

Arnau de Vilanova va escriure un *Regimine sanitatis* per a ús personal del rei Jaume II. Aquesta obra marca una fita en la literatura mèdica d'aquest gènere. Arnau de Vilanova, com ja s'ha mencionat, havia estat metge de cambra del pare de Jaume II, el rei Pere III, i va mantenir amb el seu segon fill, el rei Jaume, una cordial relació d'amistat, que malauradament es va trencar l'últim any de la seva vida. Arnau no fou mai, però, metge de cambra del rei Jaume, malgrat els desitjos del monarca; Arnau no va voler deixar la seva càtedra a Montpeller.

Arnau de Vilanova viatjà sovint a Barcelona, des de Montpeller. L'any 1295, Arnau anà a Barcelona, per primera vegada en el regnat de Jaume II, per tal d'atendre la reina Blanca d'Anjou, esposa del monarca, en el seu segon embaràs, del qual havia de néixer la infanta Maria.<sup>125</sup> A partir d'aquest moment serien freqüents els desplaçaments del metge Arnau, per tal de tractar el rei Jaume, així com els successius embarassos de la seva esposa, la reina Blanca.<sup>126</sup>

Per a la majoria dels autors medievals, que redactaren *Regimina sanitatis*, i també per a Arnau de Vilanova, el coit constituïa un mitjà per tal d'evacuar de l'organisme un producte de la tercera digestió, el semen o matèria espermàtica. L'atenció a l'adequada pràctica del coit era una constant en els llibres dedicats a donar consells per tal d'aconseguir un adequat règim de vida: els *Regimina sanitatis*. No hi havia cap mena de dubte, per als autors medievals, que un dels mitjans pels quals la vida sexual modificava la salut de l'home era a causa de la intensa càrrega afectiva que comportava. No hi havia cap altra acció de

---

<sup>125</sup> García Ballester, L., Paniagua J. A., McVaugh M.R., (1996), *op. cit.*, p. 399.

<sup>126</sup> Segons Carrera, J. M., (1998), *op. cit.*, Arnau de Vilanova va atendre a la reina Blanca en un part múltiple, que es va resoldre favorablement, l'any 1302.

l'organisme en què la importància de la vida emocional fos més gran que en la realització de l'acte sexual; de forma que les alteracions en l'esfera emotiva repercutien necessàriament en els comportaments sexuals de l'ésser humà. Per als autors medievals la pràctica regular del coit era necessària per al bon manteniment de la salut, tant en l'home com en la dona. Si no es podia eliminar correctament el semen generat en els òrgans sexuals, apareixia un quadre clínic constituït pels símptomes següents: pesadesa de cap, angoixa i inapetència, també podia ocasionar l'extinció del desig i la dessecació del semen en els vasos que el contenien. Les accions positives que tenia el coit esdevenien perjudicials quan no es realitzava moderadament. Arnau de Vilanova indicava els danys que produeixen les relacions sexuals massa freqüents:

«Si fos immoderat i de la mateixa manera treballós i massa freqüent, quasi forçat, produeix sequedat de tot el cos per la inanició especialment en la part davantera del cervell. A més a més, el moviment escalfa el cos amb una calor estranya, sobretot el cor, el fetge i el cervell, els ronyons, els lloms i les articulacions. El cos s'omple de vapors dolents i fètids. Pel moviment, la inanició i el plaer que produeix es dissolen els esperits i la calor natural, i per això refreda; i d'això es produeixen molts danys, com la tremolor en els membres, la debilitat en la digestió per la impotència de l'estómac, la consumpció en els ulls i en la humitat radical, la debilitat de la vista, i moltes altres coses».<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> García Ballester, L., Paniagua, J. A., McVaugh, M. R.,(1996), *op. cit.*, pp. 302-303.

## 2.5. L'assistència al part i al nadó en l'edat mitjana

Els *Regimina sanitatis* constitueixen excel·lents referències per mostrar-nos l'assistència al naixement durant aquest període històric. Els *Regimina sanitatis* podien ser específics per a una persona concreta, com en el citat d'Arnau de Vilanova destinat al rei Jaume II, o podien ser genèrics; és en aquests últims, en els de caràcter general, especialment els escrits pels professors Bernard de Gordon (1308), de Montpeller i per Mairo de Maireni (1330),<sup>128</sup> de la Facultat de París, els que ens poden il·lustrar per tal d'obtenir referències a l'atenció directa a l'embaràs, al part i al nadó en aquest període. Ambdues obres contenen recomanacions higièniques dedicades a les diferents edats de la vida de les persones. En aquests es fa esment a les atencions al naixement i les primeres cures al nadó. Les recomanacions, sobre l'assistència al part, escrites en els *Regimina sanitatis* assenyalen que en el moment en què apareixia el nadó en l'introït vaginal calia que la llevadora ajudés suaument a la sortida del cap i, posteriorment, a tot el cos de la criatura. Al costat del llibre de la

---

<sup>128</sup> Són abundants els textos referits als *Regimina Sanitatis* en l'Edat Mitjana, alguns d'ells, com en el cas del esmentat d'Arnau de Vilanova eren de caràcter individual; és a dir eren textos escrits per a determinats subjectes i adaptats a les característiques somàtiques d'aquests pacients. El *Regimen Sanitatis* d'Arnau de Vilanova va ser escrit per al rei Jaume II, entre 1305 i 1308. A la primera meitat del segle XIV, la literatura higiènica medieval s'enriqueix i apareixen els *Regimina Sanitatis* de caràcter general, de procedència universitària, i els destinataris dels quals no són persones concretes. Entre els *Regimina* de caràcter general destaquen els de Aldobradino de Siena, que va ser escrit a la fi del segle XIII; aquest metge de Siena escriu emprant un llenguatge senzill, a l'altura de qualsevol lector culte, però la seva obra no s'emmarca encara dins de l'àmbit universitari. Els *Regimina* escrits a inicis del segle XIV pel mestre de Montpeller Bernard de Gordon (1308), i pel professor de la Facultat de Medicina de París Mairo de Maireni (1330), tracten d'abastar un ampli univers de possibilitats, i al mateix temps presenten elements específics del treball intel·lectual realitzat a les escoles de medicina, com és el cas de la inclusió de *questions*, en les que es discuteix la concordança de les autoritats o s'aclareixen dubtes respecte a problemes fisiològics, terapèutics o conceptuals. Vid. Garcia Ballester, L., Paniagua, J. A., McVaugh, M. R., (1996), *op. cit.*, pp. 363-375.

partera, i procurant que l'habitació familiar es trobés ben caldejada, s'havia de preparar un cossi amb aigua tèbia, que seria necessari per al bany del nadó.

Calia tenir cura del cordó umbilical del nadó, el qual s'havia de lligar acuradament, procurant no fer-ho gaire lluny de la pell, per tal de no enlletgir el ventre del nen o la nena. El lligament s'acostumava a fer amb un fil de llana retorta, untat amb oli de sèsam, i una vegada fet es tallava, deixant un marge d'uns quatre dits d'extensió. Per a facilitar la cicatrització de la ferida es recomanava empolsar-la amb substàncies astringents, entre les quals s'esmentaven la sang de dragó, la mirra o el màstic. Maineri,<sup>129</sup> en el seu règim, esmenta que les mares i les llevadores franceses no acostumaven a seguir les indicacions dels metges, en aquest aspecte, i que solien emprar en la cura del llombrígol del nadó únicament saliva; també fa esment que immediatament després del naixement s'acostumava a fregar el nadó amb brins de palla, i tot i que no discrepava d'aquest costum perquè la palla era calenta, recomanava fer-ho amb un drap, que prèviament hagués estat caldejat.

Després d'aquestes cures el nen podia ser presentat a la família.<sup>130</sup> Una vegada acabada la maniobra del lligament i tall del cordó s'havia de banyar el nadó amb aigua tèbia, a fi de netejar-lo de les substàncies que havia adquirit en el seu pas pel canal del part. Aquest moment comportava l'ocasió de rectificar el crani de la criatura, si al llarg del procés del part havia sofert algun traumatisme o hematoma, i era també el moment de realitzar una neteja de tots els orificis exteriors del cos de l'infant. Als ulls s'aconsellava la instil·lació d'unes gotes d'oli de sèsam, a continuació es recomanava una inspecció de les extremitats del nadó, que calia flexionar i estendre, es netejava l'anus i s'evacuava la bufeta de

---

<sup>129</sup> *Ibid.*, p. 365.

<sup>130</sup> Aquesta recomanació possiblement es refereixi a la presentació del nen al pare, qui en els antics costums grecs i llatins, tenia la potestat d'acceptar-lo o de rebutjar-lo; amb el cristianisme el pare perd aquesta prerrogativa. El bany constituïa un ritus de pas en aquest procés d'acceptació social del nadó. En aquests textos no es fa referència, com en el cas de Sorà, a la revisió morfològica del nadó per part de la llevadora, i la possibilitat de no lligar el cordó, en cas de que el nadó presenti anomalies o malformacions.

l'orina, fent-hi una suau compressió pel damunt. Després del bany havia arribat el moment d'embolcallar i faixar la criatura. La roba que s'utilitzava per protegir l'infant eren trossos de tela de lli, de color blanc. Els bolquers no havien d'estrènyer amb excés el cos del nadó, però tampoc havien de quedar massa holgats, no havien de tenir arrugues que poguessin lesionar-li la pell. Els braços eren col·locats estesos sobre els costats, i en cas que el nadó fos de sexe masculí, el penis i els testicles no havien de quedar oprimits entre les cames. Un cop embolcallat, el nadó s'havia de col·locar en el bressol, o en el mateix llit de la mare; allí ben abrigat podia dormir, per això es recomanava que l'habitació es mantingués en penombra.

Un tema, en el qual els metges, redactors dels *Regimina sanitatis* es mantenien fermes, era en la recomanació que la mare alletés el seu fill. Els metges medievals opinaven que a través de la llet es transmetien hereditàriament una multitud de factors, i si el nadó era alletat per una dona que no fos la mare, podia rebre una quantitat de factors que podien introduir formes de comportament, i formes de ser, diferents de les que li corresponien per herència.<sup>131</sup> En els primers moments després del naixement, tanmateix, el nadó no havia de ser alimentat amb la llet materna. La mare estava molt alterada pel procés del part, i la primera llet estava corrompuda; en aquest sentit, Bernard de Gordon<sup>132</sup> recomanava un recepta composta de sucre blanc, finament mòlt, mel molt pura i oli de sèsam, tot ben barrejat fins formar un líquid que es podia posar prop de la boca del nen perquè l'anés llepant a poc a poc. Per fomentar la pujada de la llet a la mare es recomanava que algú del servei, o millor, un nen portat de l'hospici, succionés els pits de la mare, aquest costum sembla que es

---

<sup>131</sup> En aquest extrem observem una important diferència amb les recomanacions que havíem trobat en la ginecologia de Sorà. La creença en la transmissió de característiques hereditàries a través de l'alletament es manté, però en el cas de Sorà, que aconsellava l'alletament matern, creia que el fet de que el nen fos alletat per una dona diferent a la mare biològica podia ser un factor d'enriquiment, sempre que la dida fos ben escollida.

<sup>132</sup> García Ballester, L., Paniagua, J. A., McVaugh, M. R. 1996, *op. cit.*, p. 368.



trobava estesa a França, segons les anotacions de Bernard de Gordon, però en canvi Mairo de Maireni la veia amb estranyesa, fet que ens fa pensar que no era així en la seva Itàlia natal. Bernard de Gordon reconeixia, però, que entre el col·lectiu de mares de nivell social alt, al qual anaven destinats els *Regimine sanitatis*, les causes d'abandonament o de fracàs de l'alletament matern eren variades:<sup>133</sup>

«Dones delicades i nobles, o que temen els treballs, o no tenen llet o el seu mugró és molt curt o perquè estan malaltes i així moltes causes similars i no poden lactar el nadó, així convé posar remei i buscar una bona dida».

Des de la perspectiva mèdica es considerava important que les mares donessin el pit als nadons,<sup>134</sup> però la llet d'una dona embarassada es considerava perjudicial per al lactant, per tan calia evitar l'embaràs, durant l'alletament. Els metges aconsellaven l'abstinència sexual durant el període de

---

<sup>133</sup>*Íbid.*, p. 369.

<sup>134</sup>Els metges medievals, tot hi recomanar intensament l'alletament matern, s'acomodaven a les circumstàncies socials del moment. Els seus tractats també contenien recomanacions sobre quines condicions havien de complir les dones que fossin contractades com a dides: Es feia referència a exigències de bona complexió, bon caràcter i bons costums. La bona salut era indispensable per tal de no transmetre malalties, l'edat òptima aconsellada estava entre els 25 i 35 anys, els pits havien de ser intermedis entre tous i durs, i el seu tamany també havia de ser mig, doncs les dones de mamelles prominents no es consideraven les millors per alletar. Es considerava desitjable que les dones que s'havien d'escollir com a dides haguessin tingut un part normal i que fossin mares d'un nen de sexe masculí, es considerava ideal que el part hagués tingut lloc entre un mes i mig i dos mesos enrere. Els metges també fan esment en els seus llibres a les condicions organolèptiques de la llet, i expliquen diferents formes d'identificar aquestes característiques, com ara dipositar una gota de llet sobre l'ungla i veure com corre sobre la superfície. A més, la llet no havia de tenir un sabor o un olor massa intens o insípid. La lactància activa exigia que la dida deixés de tenir relacions sexuals que podien provocar l'aparició en la llet de sabors estranys, i a més hi havia risc de quedar embarassada i llavors no tindria suficient capacitat per alimentar el fetus intern i el nadó al mateix temps.

l'alletament. Aquest fet plantejava un dilema per a les dones de classe alta: havien d'alletar els seus fills tal com recomanaven els metges o havien de satisfer el desig sexual, en molts casos es preferia contractar una dida. La relació amb la dida s'establia mitjançant un contracte de nutrició que en tots els casos, i fins al segle XVI estava signat per dos homes: el progenitor i el nutrici. Aquest últim es comprometia a que a canvi de remuneració amamantaria i cuidaria el nadó fill del progenitor.<sup>135</sup>

## 2.6. La llevadora protagonista de l'assistència al naixement

En ple segle XV, l'assistència pràctica a embaràs i naixement no era gaire diferent a la que tenia lloc en l'antiguitat clàssica; tot allò que esdevenia dins la cambra del part seguia sent considerat com una qüestió estrictament femenina. Les llevadores eren les encarregades de l'assistència a les dones i el interès mèdic, igual que durant el període clàssic es focalitzava en els aspectes teòrics de l'assistència. Quan els parts presentaven dificultats extremes llavors les llevadores solien avisar a uns professionals que no existien en el període clàssic: els cirurgians.

Mostra d'això la podem trobar en la iconografia que reproduïx naixements, i de la qual ens han arribat abundants mostres de l'edat mitjana; hi ha representacions que mostren fins a sis dones al voltant de la dona parida; una té cura de posar aigua al foc, una altra dona de beure a la jove mare, una tercera li agafa les mans, mentre altres dues tenen cura de banyar el nadó. El moment del naixement està rodejat sempre de molt moviment i animació.<sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Vid. Lozano, M., *op. cit.*, pp. 155-157.

<sup>136</sup> A Laurent, S., *op. cit.*, hi trobem un recull de gravats representant escenes de naixements. Hi podem trobar diferents representacions extretes de textos de l'època en la que s'hi poden observar des de cesàries,

Conegudes i veïnes acudien a ajudar la nova mare, i era la llevadora la que donava assistència professional.<sup>137</sup>

A Amiens (França), en un registre municipal de 1267, hi ha un text on es defineix la professió de *sage-femme*:<sup>138</sup>

«Sage-femme... és dit d'aquella que rep els nadons quan les dones estan en treball de part ..., ella va de casa en casa».

Barthélémy defineix també les llevadores de la forma següent:

«(La llevadora)... és una dona que coneix l'art d'ajudar la dona a infantar de forma més lleugera i de procurar que el nadó no estigui sota perill. Ella posa unguents sobre el ventre de la dona que està de part i també té unguents per ajudar a una sortida més fàcil del nadó».<sup>139</sup>

Són freqüents les fonts que citen el nom de diferents llevadores de l'època. Sabem que una tal Jacqueline Ariola exercí a Tolosa, a la segona meitat del segle XIII. Les llevadores que assistien les dones de les classes populars no estaven gaire ben pagades, i fins i tot era habitual que exercissin el seu ofici de forma gratuïta. Les llevadores que atenien les classes populars adquirien els

---

parts geminats, naixements de nadons siamesos i també representacions de parts normals. En tots els casos s'hi observa que al voltant del llit o la cadira on la dona infanta només s'hi troben personatges femenins. També poden trobar-se abundants gravats i representacions del moment del naixement durant l'Edat Mitjana a Alexandre-Bidon, D., i Closson, M., *op. cit.*

<sup>137</sup> García Ballester, L., Paniagua, J. A., McVaugh, M. R., (1996), *op. cit.*, p. 364.

<sup>138</sup> Nom donat en francès a la llevadora. Vid. Alexandre-Bidon, D., Closson, M., *op. cit.*, p. 58. "Sage-femme... est dicte celle qui recent les enfants quant les femmes traveillent (sont en travail d'enfant)..., elle va partout de maison en maison."

<sup>139</sup> *Ibid.*, p. 58. També es fa esment a la mateixa cita a Laurent, S., (1989), *op. cit.*, p. 173. "(la ventrière)...est la femme qui a l'art d'aider la femme quand elle enfante pource qu'elle ayse enfant plus legierement et que l'enfant ne soit en péril."

seus sabers de forma totalment empírica, moltes vegades es tractava d'una dona de certa edat, de més de cinquanta anys que, per la seva experiència, era respectada i acceptada pel seu grup social. Una llevadora gran acostumava a ser la mestra d'una de més jove que aprenia l'ofici, per tal d'exercir-lo amb el temps. Els seus coneixements eren tècnics, per tal d'ajudar a la sortida del cap i les espatlles del nadó. Segons Schippergers,<sup>140</sup> les llevadores estaven obligades a practicar una cesària si la mare moria durant el part, per tal de poder salvar el fetus o almenys administrar-li el sagrament del baptisme.

Les llevadores eren bones coneixedores dels secrets de les plantes, fet que les capacitava com a sanadores o metgesses tradicionals. Eren elles mateixes les que preparaven els unguents i les pomades per ajudar a la sortida del nadó. Aquests coneixements provocaren que al llarg dels segles XVI i XVII fossin considerades bruixes i fins i tot algunes van acabar la seva vida condemnades a mort a la foguera.<sup>141</sup>

Segons Annie Saunier que ha estudiat les llevadores de l'Arxiprestat de Josas, a França, durant el segle XV, constata que hi havia una llevadora per a cada vuitanta persones.<sup>142</sup> La natalitat era alta en aquest moment històric. Un important augment de la natalitat es va constatar a Europa, tant en les classes humils com en les més acomodades. A partir del segle XII, les dones es casaven a una edat molt jove, principalment les dones nobles, per tant eren d'esperar entre vuit i deu fills per dona; entre les dones d'artesans o pagesos, la descendència solia ser menor.<sup>143</sup>

---

<sup>140</sup> Schippergers, H., *op. cit.*, p. 88. En canvi, com ja hem esmentat, Alexandre-Bidon, D., i Closson, M., afirmen que en cas de que s'hagués de practicar una cesària, era el cirurgià qui la feia.

<sup>141</sup> Alexandre-Bidon, D., Closson, M., *op. cit.*, p. 58.

<sup>142</sup> Saunier, A., Le visiteur, les femmes et les "obstettrices" des paroisses de l'archidiaconé de Josas de 1458 a 1470, in *Santé, médecine et assistance au Moyen Age*, p. 45 (citat a Laurent, S., *op. cit.* p. 173.)

<sup>143</sup> Vid. Ortiz, C., Vida cotidiana de las mujeres de la Baja Edad Media (1250-1500), in Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres en Occidente. La Edad Media*; Madrid, Taurus, 1992, pp. 321-395.

Les llevadores que tenien cura de l'atenció de les dones nobles i de classe alta acostumaven a tenir millor preparació i rebien honoraris importants per la seva feina; així ens consta que en els pressupostos del Parlament francès de 1474, on es menciona una certa *Marguerite Cobbe*, llevadora al servei d'Elisabeth Woodeville, esposa del rei Eduard IV, d'Anglaterra, a qui se li concedí una paga de deu lliures esterlines per any durant tota la seva vida, en agraïment pels serveis prestats a la reina. Ameline. Tanmateix existeix constància que Jeanne La Riquedonne va ser nomenada llevadora jurada reial durant els anys 1391-1392.<sup>144</sup>

Hi ha constància que Maria de Castella, esposa d'Alfons V el Magnànim, va presentar un quadre clínic complex que la va acompanyar al llarg de la seva vida, en el qual s'apreciaven símptomes ginecològics i que es va atribuir a «calorades de la matriu per retenció de materials verinosos en les venes uterines»,<sup>145</sup> va ser tractada pels seus metges, el clergue Francisco de Burgos i el també metge Gabriel García, però va voler consultar també a dones que practicaven la medicina tradicional, com una tal Teresa, qui durant l'agost de 1421 li va preparar certa medicina balsàmica, i se sap també que l'any 1423 va escriure a la dona del batlle de Tortosa, i li va donar les gràcies per una aigua que li havia enviat, composta a partir de la recepta d'una metgessa o remeiera jueva. L'any 1427 va demanar que li fos enviada una llevadora de Castella anomenada *María Oto*, per tal que la tractés. Sabem també, que la llevadora que va assistir a la reina Isabel la Catòlica, en el part del príncep Don Joan, l'any 1478, era de Sevilla i era anomenada *la Herradera*.<sup>146</sup>

El rol de la llevadora, en el moment del part, es definia fonamentalment a partir de la seva presència. Intervenía només si era estrictament necessari i

---

<sup>144</sup> Laurent, S., *op. cit.*, p. 175. L'autora menciona que és possible que aquestes llevadores, contractades a la Cort, tinguessin certs coneixements mèdics i que la seva formació no hagués estat tan sols empírica, sinó també supervisada per algun metge.

<sup>145</sup> Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 74.

<sup>146</sup> *Íbid.*, p. 75.

deixava a la natura seguir el seu curs, utilitzava ungüents, pomades i fins i tot tractaments orals, que preparava ella mateixa, utilitzant les propietats de les plantes medicinals. En alguns casos, no es pot descartar que rebessin formació i instruccions per part de metges, especialment aquelles que tenien cura de les dones de les classes socials més altes. Quan el part no es desenvolupava de forma espontània, el perill per a la vida de la mare i del nadó era gran. Llavors, si les llevadores es veien incapaces de resoldre la situació, avisaven el cirurgià per tal que en tingués cura. Les fonts mèdiques aconsellaven que si el fetus moria a l'interior de l'úter era fonamental que la dona es posés de part de forma ràpida, ja que en cas contrari la seva vida estava en greu perill. Per tal de provocar el part aconsellaven diferents decoccions i infusions. En cas de dificultat en l'expulsió d'un fetus mort, es practicaven les tècniques de fraccionament del cos del fetus, descrites ja des de l'època d'Hipòcrates. En aquests casos era el cirurgià el que practicava les tècniques necessàries.<sup>147</sup> També en certs casos es practicava la cesària postmòrtem. És gràcies a les representacions iconogràfiques que es té constància de la pràctica d'aquestes intervencions; Alexandre-Bidon i Closson (1985) certifiquen que eren els cirurgians els que

---

<sup>147</sup> Els cirurgians havien estat expulsats de la Universitat a França, pel concili de Tours de 1163, i s'havien agrupat en organitzacions col·legials. Els seus coneixements d'anatomia eren superiors als dels metges, degut a que el seu aprenentatge era de tipus empíric, mentre que a les facultats de medicina, com ja hem mencionat els ensenyaments que s'hi impartien eren fonamentalment teòrics. Vid. Alexandre-Bidon, D., Closson, M., *op. cit.*, p. 59. A Itàlia, els cirurgians varen iniciar l'estudi de l'anatomia mitjançant la dissecció de cadàvers. Les disseccions es començaren a fer en el si de les universitats. Es varen iniciar a Bolònia, sent el primer cirurgia important d'aquesta universitat Ugo Borgnoni (1160-1252), nascut a Lucca. L'educació universitària de tipus teòric dels metges, el seu domini del llatí i el coneixement dels textos de medicina clàssica, així com la jerarquia corporativa o obtinguda amb els estudis i el grau acadèmic, va situar als metges en una posició social molt superior a la dels cirurgians, majoritàriament dedicats a treballs pràctics i desproveïts de cultura literaria. Al costat dels poderosos col·legits de metges, varen sorgir al llarg de l'Edat Mitjana, en molts països d'Europa, importants germandats i gremis de cirurgians. A Anglaterra el *College of Surgeons* es va constituir de forma separada del col·legi de metges l'any 1368. Vid. Guerra, F., (1989), *op. cit.*, pp. 229-246.

practicaven les intervencions cesàries. Ens descriuen de forma detallada una imatge del segle XV, en la qual es veuen tres dones al voltant del llit d'una altra embarassada que sembla morta. El cirurgià, que porta un capell vermell com a símbol de la seva professió, està extraient el nadó per una incisió que li ha fet sobre el costat dret del ventre de la dona, mentre que una criada té a punt una peça de roba per tal de recollir-lo.<sup>148</sup>

## **2.7.- La capacitat de decisió de les dones en l'assistència al naixement**

La religió cristiana considerava la procreació com un deure natural per a les dones, i per tant el nombre de naixements era molt alt. L'alta mortalitat infantil feia que molts infants no arribessin fins a l'edat adulta i una alta natalitat era la única forma d'assegurar la continuïtat de la nissaga.

D'acord amb els costums cristians, la procreació constituïa un deure per a la parella, i la fecunditat era considerada un do de Déu. En el pensament cristià la dona seguia ocupant un lloc de subordinació envers l'home, atès que la dona havia sigut creada en segon lloc a partir d'una costella d'Adam; ella s'havia deixat seduir per la serp al paradís i havia arrossegat al seu company cap al pecat i la perdició. És per aquests motius que ella carregava amb la major

---

<sup>148</sup> Al nostre entorn es coneix un cas en que s'evidencia que es practicaven cesàries abdominals post-mortem. Sant Ramon Nonat nasqué a Portell (Lleida), l'any 1200, gràcies a la intervenció del vescomte de Cardona, Guillem de Folch, qui amb un punyal o daga, l'hi va practicar una cesària a la seva mare, recent morta. El vescomte la realitzà contra l'opinió de tots els presents que consideraven que ja era massa tard. També la va practicar "Per lo costat", tal com era costum a l'època, en què es feien per un dels costats de l'abdomen i no per la línia mitja, com més tard. Vid. Carrera, J. M., *op. cit.*, p. 9.

part de les malediccions de Déu, qui la condemnava a multiplicar els dolors en l'embaràs i a parir amb dolor els fills; tanmateix Déu la va predestinar a romandre sota l'autoritat del marit qui ostentava la potestat de dominar-la.

Tot i aquesta lectura misògina del paper de la dona adoptada pel cristianisme, no deixa de sorprendre que fossin precisament les dones, les més fermes fidels de la nova religió cristiana; van ser elles qui des de l'alta Edat Mitjana van convertir als seus marits i van fer batejar als seus fills. A partir del segle VI és te constància de dones il·lustres que van convertir-se al cristianisme i van aconseguir també la conversió dels seus marits i conseqüentment la dels seus súbdits. Clotilde la princesa burgúndia que es va casar amb Clodoveo, va persuadir al seu marit per tal que reconegués al Déu vertader i abandonés l'adoració dels ídols. També Ethelberga de Northumbria va influir en la conversió del seu marit. Amb la cristianització les dones no adquirien més llibertats, però si que sota la nova religió els fills eren contemplats com el major do diví, i només a Déu li corresponia el dret sobre la vida i la mort; per tant els pares de família perdien la prerrogativa que tenien els *pater familia* grecs i romans de poder acceptar o exposar els fills; tots els fills nascuts havien de ser criats. A l'edat mitjana, degut a la influència del cristianisme, s'havia perdut el costum d'exposar aquells fills que es decidia no criar.<sup>149</sup> La dona no adquiria més drets ni llibertats, però aconseguia que tots els seus fills adquirissin el dret a la vida i a la criança.

---

<sup>149</sup> Vid., Fonay, S., Las mujeres entre finales del siglo V y finales del siglo X, a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres. La Edad Media*; Madrid, Ed. Taurus, 1992. Tr., castellà, Galmarini, M. A., i García Ohlrich, C. pp. 207-245.



### **3. El Renaixement: Naixement de la medicina científica i inici de la lluita pel control de l'assistència al naixement**

S'ha definit el *Renaixement* com aquella època històrica que abraça des de la fi del segle XV fins a la meitat del segle XVII, i que es caracteritzà per un desenvolupament de l'individu que va fer possible un nou corrent de pensament: l'Humanisme. L'individu retornà a la tasca del coneixement de si mateix i gràcies als importants avenços que es varen produir assolí tanmateix una concepció més àmplia i completa de la terra.

La caiguda, l'any 1453, de Constantinobla, a mans dels turcs, va portar a la península Itàlica un nombre considerable d'estudiosos bizantins portadors de les fonts de la tradició cultural grega. L'any 1492 Colom va anar a Amèrica, Vasco de Gama l'any 1497 va fer possible l'obertura de la ruta de les Índies Orientals i, finalment, l'any 1520 Magallanes i Elcano varen circumval·lar la terra. El mateix any que Colom descobria Amèrica, els jueus eren expulsats d'Espanya; alguns anys més tard alguns jueus conversos, així com alguns musulmans, foren víctimes del Tribunal de la Inquisició; per escapar a les sentències condemnatòries d'aquesta, emigraren cap a altres països d'Europa i en el seu periple migratori varen portar amb ells els seus coneixements mèdics, i van contribuir d'aquesta forma a estendre'ls per tot Europa.

El descobriment coetani de la impremta i la difusió dels textos clàssics en filosofia i història de la ciència convertiren el llibre en l'instrument del miracle

cultural del Renaixement. L'intercanvi d'idees que es va produir va anar alliberant l'home de les creences sobrenaturals que havien aturat el desenvolupament intel·lectual. La ciència va passar a mans seglars i va interrogar amb esperit crític els fenòmens naturals, i arribant fins i tot a qüestionar, durant la Reforma, els dogmes religiosos.

### **3.1. El naixement de la medicina científica. Les obres d'anatomia**

En el camp de la medicina, el redescobriment i impressió de les obres gregues clàssiques es feu palès en l'atenció a la tradició anatòmica clàssica. Va sorgir dins les facultats de medicina un fort interès per l'estudi de l'anatomia. A les descripcions contingudes en els llibres clàssics recuperats es varen afegir les observacions que s'anaven acumulant durant les disseccions de cadàvers humans que s'havien iniciat tímidament, ja en la darreria de l'època medieval, a les universitats de Bolonya i Montpeller. El propòsit d'aquestes disseccions, en el seu inici, era fonamentalment didàctic, pretenien confirmar i il·lustrar davant dels alumnes de medicina les afirmacions dels textos clàssics d'Hipòcrates o Galè. Com a conseqüència d'aquestes disseccions anatòmiques començaren a aparèixer les primeres contradiccions entre allò que estava escrit en els textos estudiats i la realitat observada. En un primer moment aquestes discrepàncies es mostraren tan sols com a contradiccions de tipus filològic, però la vehemència de les disputes posà de relleu que les discrepàncies que es manifestaven entre les interpretacions fetes pels clàssics i les observacions empíriques eren de calat més profund.

A l'inici del Renaixement, l'ensenyament acadèmic de l'anatomia seguia l'estil iniciat a la fi de l'època medieval; es feia una dissecció anual, en la qual el catedràtic seguia els textos clàssics, mentre que el cirurgià dissecador treballava

sobre el cadàver. Alessandro Benedetti, (1460-1525), metge brillant, que destacava pel seu coneixements del grec i tanmateix de les obres i traduccions arabigollatines, aconseguí una càtedra permanent d'anatomia a Pàdua, i en aquesta mateixa ciutat s'inicià el corrent anatomista, amb la fundació del primer teatre anatòmic permanent.<sup>150</sup>

Al mateix temps, els artistes italians de l'època, desitjosos de superar les representacions bizantines de la figura humana, plana i sense relleu, acudien amb assiduïtat a les disseccions de cadàvers, amb la finalitat d'estudiar sobre els models naturals els problemes de la perspectiva anatòmica. Els treballs de Donatello, Massacio, Verrochio, es convertiren en imatges estudiades profusament per cirurgians, amb la finalitat de millorar la seva tècnica de dissecció. Entre els artistes de l'època va destacar de forma especial Leonardo da Vinci (1452-1519), que va fer aportacions tan brillants en els camps de la tecnologia, la mecànica, les matemàtiques i la geologia, com en el camp de les representacions artístiques i dels estudis anatòmics.

Són nombrosos els historiadors que creuen que el pensament anatòmic, en el sentit modern d'aquesta expressió, té el seu inici en l'obra del gran anatomista Andreas Vesalius, publicada l'any 1543: *De humanis corpora fabrica*. La seva publicació coincideix en el mateix any en què Copèrnic divulgà les seves teories sobre les òrbites heliocèntriques. Va néixer una nova perspectiva de pensament científic que se centrava tant en la concepció de l'univers, com en una nova perspectiva en la representació de l'home. S'inicià d'aquesta forma una nova manera d'entendre la ciència, que englobava al mateix temps la comprensió del macrocosmos i del microcosmos.

---

<sup>150</sup> Grmek, M. D., i Bernabeo, R., La machine du corps in Grmeck, D. G., *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*; T. 2, París, Editions du soleil, 1999. p. 8.

### 3.1.1. L'anatomia femenina. Les descripcions d'Andreas Vesalius i de Gabrielle Fallopius

André Wesel o Andreas Vesalius va néixer a Brussel·les i va estudiar a Lovaina, fins que l'any 1533 anà a París a seguir estudis de medicina en aquella Universitat. La guerra entre França i el Sacre Imperi Germànic el va obligar a tornar a Lovaina l'any 1536, on es va graduar com a batxiller en medicina. Després de publicar el seu primer llibre *La Paraphrasis*, viatjà a Pàdua on es doctorà en medicina l'any 1537, i va ser nomenat en aquesta Universitat prosector de cirurgia i anatomia. Va publicar abundants obres i làmines per tal d'il·lustrar els aprenentatges dels seus alumnes, però la seva obra magna la va constituir *De humanis corpora fabrica* (1543). Aquesta obra està escrita en llatí i les il·lustracions són fetes sobre fusta. L'edició de 1543 va ser millorada per la de 1555, on l'impressor perfeccionà la tipografia de les lletres, i corregí la paginació i l'índex.

Vesalius feu una llarga estada en terres espanyoles, ja que fou metge personal de Carles V i de Felip II.<sup>151</sup> Es diu que Vesalius va acceptar ser metge de Carles V en un accés d'indignació a causa de les ferotges crítiques de què era objecte la seva obra. Vesalius va emprendre un viatge de peregrinació a Terra Santa, mentre exercia com a metge reial, i quan tornava a terres espanyoles rebé una invitació per ocupar la càtedra d'anatomia de la Universitat de Pàdua, ja que havia mort Fallopius, que n'havia estat el titular. No se sap si hauria acceptat la invitació, i hagués deixat per tant la corona espanyola, ja que en el curs del viatge de tornada adquirí una sobtada malaltia, que va acabar amb la seva vida l'any 1564.

---

<sup>151</sup> La primera càtedra d'anatomia a Espanya es va establir l'any 1550 a la Universitat de Valladolid, però existeix constància que ja en temps d'Alfons X el Savi, s'havien practicat disseccions anatòmiques a cadàvers. Vid. Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 95.

*De humanis corpora fabrica*, l'obra magna de Vesalius,<sup>152</sup> consta de set toms i en el cinquè són descrites les vísceres abdominals, particularment el fetge, el cec, l'apèndix, la vesícula biliar i els ronyons; també és representat l'úter, però aquest apareix com a bicorne.<sup>153</sup>

La descripció anatòmica de Vesalius està encara imbuïda de les idees heretades de l'antiguitat clàssica, especialment en tot allò relacionat amb la descripció de l'aparell genital femení. Els òrgans sexuals de la dona es representen, en els gràfics de Vesalius, com els de l'home, però amagats a l'interior del ventre femení. Per a Laqueur,<sup>154</sup> les imatges de l'aparell genital femení dels llibres de Vesalius, així com els de la resta d'anatomistes del moment, no són el resultat de convencions per facilitar les representacions, o senzills fruits de l'error, sinó que es tracta de l'herència d'una visió, arrossegada

---

<sup>152</sup> Per a un coneixement més profund de l'obra anatòmica de Vesalius es pot consultar Guerra, F., *op. cit.*, pp. 250-255. *La Organización Colegial de Enfermería* feu una edició facsímil de l'obra de Vesalius., *De Humani Corporis Fabrica*; l'any 1955.

<sup>153</sup> L'úter bicorne consisteix en una malformació congènita deguda a que, en el període de desenvolupament intrauterí, no s'ha produït la fusió dels conductes de Müller (estructures embriològiques responsables de la formació dels conductes sexuals femenins), o aquesta fusió és defectuosa o incompleta.

<sup>154</sup> En el llibre de Laqueur, T., *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*; Madrid, Càtedra, colecció feminismos, 1994, pp. 151-152; s'hi troben reproduïts diferents gràfics de la *Fabrica* de Vesalius, en els que es representen els òrgans genitals femenins. La seva observació des de l'òptica actual ens fan pensar en la representació d'un penis masculí. A la zona corresponen a la vulva "o genitals externs femenins", s'hi troba una representació del gland masculí i en la part superior d'aquest penis-vagina, en la zona que hi situaríem la pròstata masculina, hi ha representada una petita cavitat que correspon a l'úter, i que Vesalius i els anatomistes del moment interpreten com un escrot girat. Tanmateix Laqueur reproduïx, en el mateix text (p. 151), unes làmines de Vesalius utilitzades per a l'aprenentatge dels alumnes de medicina, en les que s'havien de retallar els òrgans genitals i enganxar-los en el interior de la imatge de cos sencer que també era facilitada als alumnes. La correspondència entre l'aparell genital masculí i femení, i la separació de la representació de l'aparell genital femení de la realitat es fa especialment palesa.

al llarg dels anys, que fa que la vagina s'assembli sospitosament a un penis;<sup>155</sup> segons Laqueur la història de les representacions de les diferències anatòmiques entre home i dona resulta extraordinàriament independent de l'estructura real d'aquests òrgans o del que es coneixia sobre aquests. Era la ideologia i no la representació de les observacions el que determinava com es veien i quines eren les diferències que importaven.<sup>156</sup>

«L'antic ideal androcèntric dels mites grecs i hebreus, la filosofia grega clàssica, la patrística i el saber medieval es tradueixen en el Renaixement a termes mèdics: els estudis anatòmics parteixen de la certesa que l'home és la mesura de totes les coses i que hi ha molts gèneres, però un sol sexe capaç d'adaptacions».<sup>157</sup>

Aquesta cita de Lozano ens mostra clarament que en el pensament dels anatomistes del segle XVI es troben les idees heretades de l'antiguitat clàssica i repetides en les interpretacions medievals, de l'existència d'un sol cos anatómic: el masculí. La dona no existeix, encara, com a categoria ontològica diferent, sinó que és senzillament una modificació del cànon dominant. La dona, seguint amb

---

<sup>155</sup> *Íbid.*, p. 154. El text esmentat de Laqueur mostra una modificació del text de Vesalius, que apareix en una edició de l'anatomista espanyol Valverde, editada l'any 1586; en la qual s'hi observen les mateixes convencions que il·lustren *La Fabrica* de Vesalius. La vagina segueix semblant un penis, tot i que al costat s'hi representa una dissecció evidentment femenina, de la que s'ha extret la representació dels genitals. Juan Valverde va néixer a Amusco (província de Palència), cap a l'any 1515-1520. Va estudiar Humanitats i Filosofia a Valladolid. Després estudià Medicina a Itàlia, on va passar gran part de la seva vida. D'aquí que en alguns textos, el citin com a italià. Per a més coneixement de la vida i obra de Valverde es pot consultar Usandizaga, M., *op. cit.*, pp. 104-105.

<sup>156</sup> *Íbid.*, p. 161.

<sup>157</sup> Lozano, M., *Las imágenes de la maternidad*; Madrid, Rio Henares, 2000, pp. 152-153. "El antiguo ideal androcéntrico de los mitos griegos y hebreos, la filosofía griega clásica, la patrística y el saber medieval se traducen en el Renacimiento en términos médicos: los estudios anatómicos parten de la certeza de que el hombre es la medida de todas las cosas y que existen muchos géneros, pero un sólo sexo capaz de adaptaciones".

el pensament aristotèlic, és un mascle que no ha arribat al seu grau de perfecció, es tracta de dos graus diferents dins la representació ideològica d'un mateix gènere, on el sexe, tal com l'entenem actualment, no té una clara representació.

Cal destacar també dos deixebles de Vesalius, per les seves aportacions en la descripció de l'anatomia femenina: Colombo i Fallopius. Realdo Colombo (1510-1599) va néixer a Cremona i va exercir com a aprenent de cirurgià a Venècia, més tard fou alumne de Vesalius a Pàdua, i el va succeir en la càtedra d'anatomia d'aquesta Universitat l'any 1543; finalment s'establí a Roma l'any 1548, on practicà disseccions humanes a la Sapienza fins a la seva mort.<sup>158</sup> Colombo declarà l'any 1559 haver descobert l'òrgan que actualment denominem *clítoris*; ell l'anomenà *amor o dolçor de Venus*<sup>159</sup> i afirmà que era la seu fonamental del plaer femení, explicà que en tocar-lo experimentava un augment de mida, fins al punt que arribava a assemblar-se a un membre viril. Gabrielle Fallopius (1523-1562), el successor de Colombo a la càtedra de Pàdua i també deixeble de Vesalius, va discutir fortament la descoberta de Colombo. Segons Fallopius, fou ell qui descobrí en primer lloc el clítoris i els altres l'havien plagiat.

Gabrielle Fallopius va néixer a Mòdena i començà la seva carrera exercint de cirurgià amb poca fortuna, però després de practicar a Ferrara amb grans mestres va aconseguir ocupar la càtedra d'anatomia a Pàdua, des de 1551 i fins a la seva mort.<sup>160</sup> Fallopius es distingí pel seu interès en la dissecció de fetus i nens de curta edat, fet que li va permetre reconèixer els punts d'ossificació durant la infantesa. Va fer també una descripció anatòmica acurada de la placenta explicant l'analogia anatòmica entre el penis en l'home i el clítoris en la dona, i va descriure per primera vegada que el penis no entrava dins l'úter durant l'acte sexual; també va descriure i anomenar la vagina. Actualment porten el seu

---

<sup>158</sup> Guerra, F., *op. cit.*, p. 255.

<sup>159</sup> Laqueur, T., *op. cit.*, p. 125.

<sup>160</sup> Vid. Guerra, F., *op. cit.*, pp. 255-256 i Mirko, D. G., (1997), *op. cit.*, pp. 15-16.

nom les trompes uterines, que foren descrites per Fallopius com a dues protuberàncies de tendons que penetren en el peritoneu. Fallopius les definí com a buides per dins i sense cap obertura que desemboqués en l'úter.<sup>161</sup> S'interessà també per l'estudi dels diferents períodes de l'embaràs, i va descriure l'absència de la vesícula al·lantoïdal en l'embrió humà.<sup>162</sup> L'obra de Fallopius fou publicada a Venècia l'any 1606, després de la seva mort; es tractava d'una obra monumental de 1.050 pàgines, més índex.<sup>163</sup>

Des del punt de vista actual semblaria contradictòria la descripció de la vagina com un penis interior, i al mateix temps acceptar l'existència d'un petit homòleg del penis exterior (el clítoris). Però els anatomistes renaixentistes no van arribar a aquesta conclusió, per a ells el pes de la tradició era encara prou fort com per acceptar, sense dubtes, les contradiccions que els seus descobriments plantejaven sobre les teories clàssiques d'un sol sexe, amb diferències de grau.

### **3.2. La medicina clínica al Renaixement. L'humanisme mèdic**

Els metges clínics del Renaixement se seguien formant, en nombre cada cop més important, a les universitats; a les ja existents de Bolonya, París o Montpeller, s'hi havien sumat a la fi de l'edat mitjana altres com Oxford, Pàdua,

---

<sup>161</sup> Laqueur, T., *op. cit.* p. 173.

<sup>162</sup> Els antics textos d'embriologia d'Hipòcrates, descrivien el desenvolupament del embrió humà basant-se en les observacions del desenvolupament del pollet. En les aus la vesícula al·lantoïdes és fonamental en el desenvolupament embrionari, en canvi, en l'espècie humana el seu desenvolupament és pràcticament inexistent i pateix una atrofia precoç.

<sup>163</sup> Per a més ampliació sobre la vida i obra de Fallopius es pot consultar Mirko, G. D., *op. cit.*, pp. 12-14.



Valladolid o Salamanca. A l'inici del Renaixement el nombre d'universitats dedicades a l'ensenyament de la medicina va augmentar espectacularment, especialment a Espanya: València, Sevilla, Toledo, Alcalà, Granada o Barcelona,<sup>164</sup> entre altres, foren fundades a l'inici del segle XVI. Només a Anglaterra es va seguir mantenint l'ensenyament de la medicina en hospitals d'antiga fundació com el de St. Bartholomew (fundat l'any 1137), o el de St. Thomas (fundat l'any 1215). A París era el claustre de professors de la Universitat el que controlava l'exercici de la pràctica mèdica; a Anglaterra, en canvi, l'exercici professional va quedar regulat mitjançant el Royal College of Physicians of London, gràcies al privilegi concedit pel rei Enric VIII, l'any 1520. A Itàlia, a causa de la fragmentació política del seu territori, el control de la pràctica mèdica quedava també a mans dels col·legis de metges de cadascun dels territoris; a Espanya hi havia un sistema centralitzat i regulat pel Protomedicat creat pels Reis Catòlics, l'any 1477.<sup>165</sup>

---

<sup>164</sup> L'establiment dels estudis de medicina a Barcelona, presenta un panorama força singular. L'any 1401, el rei Martí l'humà intentà establir els estudis a la Universitat, però aquesta proposta va ser rebutjada de ple per part dels consellers barcelonins, que consideraven que les ensenyances de grau superior en gramàtica, dret civil, dret canònic i lògica, impartides a la ciutat per part de franciscans i dominicans eren suficients a la ciutat i l'establiment d'un Estudi General podria portar perill d'escàndols. Tanmateix, els estudis de medicina es varen posar en marxa en un local del portal de Santa Eulàlia, a la zona de la Boqueria. La Corona volgué potenciar-los i hi porta algun metge de prestigi. El 30 de setembre de 1450, es dictava el privilegi d'Alfons el Magnànim i la butlla papal de Nicolau V pels quals es creava a Barcelona un Estudi General on s'hi establiren càtedres de Teologia, Dret Canònic, Dret Civil, Filosofia Moral i Natural, les Set Arts, Medicina i encara altres ciències. Però la guerra civil catalana, que acabà el 1472, seria raó suficient perquè els consellers en paralitzessin la instal·lació efectiva. Finalment, l'any 1488 Ferran II va tornar a la càrrega amb el tema i l'any 1507 els consellers s'havien convençut de la conveniència de fusionar les Escoles Majors i l'Estudi General de Medicina. L'any 1536 es col·locava la primera pedra de l'edifici nou dels Estudis Generals al tram superior de la Rambla que, per aquest motiu, rebria el nom de Rambla dels Estudis. L'any 1539 es produïa la instal·lació definitiva en aquests locals. Vid., Termes, J., Alcolea, S., Cassasas, J., Lluch, E., *op. cit.*, p. 38.

<sup>165</sup> El Tribunal del Protomedicat, va ser creat, mitjançant llei del 30 de març de 1477. Tot i que es té coneixement que des del segle XIII, en temps d'Alfons X el savi, ja existia una certa regulació de l'exercici

Els ingressos econòmics dels metges eren elevats, ja que dirigien els seus serveis exclusivament a les classes altes, que cada vegada els sol·licitaven assistència amb més assiduitat. La gent humil difícilment era atesa pels metges, generalment en tenien cura els cirurgians barbers, les dones remeieres i els pràctics sense títol de metge.

L'ensenyament de la medicina era eminentment teòric, ja que el professor llegia davant dels alumnes algun dels textos clàssics i aclaria aquells passatges que poguessin resultar de difícil comprensió. Se solia estudiar el *Cànon* d'Avicena, juntament amb alguns textos de Galè o Hipòcrates. La major part dels textos clàssics eren coneguts i estudiats en la seva versió llatina; provenien de les traduccions que se n'havia fet dels reculls àrabs. Eren pocs els estudiosos de l'època que coneixien el grec i podien llegir directament les fonts originals. El gran nombre de traduccions que de l'àrab s'havien fet al llatí es varen considerar poc acurades; en el si de la tradició humanista, traduir i publicar noves traduccions directament de les fonts originals semblava la forma més correcta de desenvolupament de l'erudició mèdica. Entre els traductors més actius es pot citar Thomas Linacre, doctor en medicina per la Universitat de Pàdua, i un dels pares fundadors del Col·legi de Metges a Londres, l'any 1518.<sup>166</sup> Aquestes noves versions renaixentistes dels autors antics varen estimular que els metges actualitzessin els coneixements, recollits de l'experiència clínica, i els ordenessin en tractats de patologia mèdica, abordats des d'una òptica moderna i completats moltes vegades amb les observacions anatòmiques de l'època.

---

mèdic. En edictes de les corts de Zamora de 1432 i de les ordenances de Madrigal de 1448, consta que hi havia alcaldes examinadors amb facultat per tal de concedir carta d'aprovació a metges, cirurgians i altres professionals, tot i que no especifica quins. Regulacions similars es feien al regne d'Aragó, on eren els mateixos metges i cirurgians qui tenien facultats per tal d'examinar i regular l'exercici professional. El Protomedicat estava format en els seus inicis pels metges personals dels reis catòlics. Veure al respecte Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 75.

<sup>166</sup> Debus, A. G., La médecine chimique in Mirko, G. D., *Historie de la pensée médicale en Occident . T2*; París, Editions du Seuil, 1997, p. 37-59.

Al costat dels textos de medicina que varen traduir del grec, els humanistes del Renaixement varen trobar altres textos filosòfics, de clara inspiració platònica, que donaven una visió del món totalment diferent de la proclamada fins aleshores per l'escolasticisme. Particularment important en aquest aspecte va ser l'obra *Pymander hermeneticum*, obra portada a Florència cap a l'any 1460, traduïda per Marsile Ficino i impresa multitud de vegades durant el segle següent. Aquest text parla de l'home com a llaç o vincle entre el cel i la terra. La història de la Creació presentada en el *Pymander hermeneticum* explica que el pecat original ha deixat a l'home el poder d'actuar amb les seves pròpies forces sobre la natura. D'aquesta forma l'home esdevé un veritable actor amb capacitat per tal de descobrir els tresors que han estat amagats des de la seva expulsió del Paradís, i és precisament l'home qui té la capacitat d'arribar a comprendre el microcosmos (l'home) a partir de l'estudi del macrocosmos (l'univers); el petit món (representat per l'home) esdevé l'exacta representació del gran món, del qual forma part.<sup>167</sup> Foren nombrosos els metges del Renaixement que quedaren captivats per aquesta doctrina. Aquesta invitació a una nova forma d'observació de la natura es presentà com un acte de devoció: a més de les Sagrades Escripures, els cristians tenien l'obligació d'estudiar la natura com a segon llibre on poder trobar la revelació divina. El pecat original va causar que la grandiositat de l'obra de Déu quedés amagada als ulls dels homes, però l'home amb l'ajuda de Déu i mitjançant el treball d'una curiosa observació podia redescobrir l'obra de Déu en l'estudi de la natura.

---

<sup>167</sup> *Íbid.*, p. 38.

### 3.2.1. Paracelsus. L'analogia entre macrocosmos i microcosmos: nova naturalesa per a la dona

Progressivament va aparèixer un corrent mèdic que esperava reemplaçar la medicina tradicional per un sistema fonamentat en el gran món (macrocosmos) i el petit món (microcosmos).

La figura clau i més important d'aquest moviment va ser Théophraste Bombast von Hohenheim (1493-1541), que a partir de 1529 es va fer anomenar *Paracelsus*. Va néixer a Einsiedeln, a prop de Zuric, on el seu pare exercia com a metge. L'any 1502 la seva família anà a residir a la zona minera de Villach, allí va treballar com a aprenent a les mines, i això el va iniciar en el coneixement de la mineralogia i de les malalties del miners; als setze anys, Théophraste va anar a estudiar a Sponheim, amb l'abat Johannes Tritheim, seguidor d'un benedictí conegut amb el pseudònim de Basil Valentine, i amb qui Paracelsus es va inspirar en qüestions de *philosophia oculta* i alquímia. A partir de 1515, Paracelsus estudià medicina a Ferrara, però no hi ha proves contundents que s'arribés a doctorar.<sup>168</sup> Va treballar com a cirurgià al servei de l'armada de Venècia, i va viatjar per diversos països, fins que l'any 1525 s'establí com a metge a Estrasburg. Allí aconseguí prestigi com a clínic i cirurgià, fou cridat des de Basilea per tractar l'editor Froben i l'humanista Erasmus; per recomanació d'aquest últim fou nomenat professor d'aquesta Universitat, en contra del parer del claustre de doctors. Mai va ser ben acceptat a la Universitat, perquè

---

<sup>168</sup> En aquest sentit Guerra, F., a *Historia de la medicina; op. cit.*, p. 276, posa en dubte la possibilitat de que Paracelsus es doctorés en medicina, i diu que l'any 1522 va marxar de Ferrara per anar a exercir com a cirurgià. En aquest sentit Debus, A. G., a Gmirko D. G. (1997), *op. cit.*, p. 39, també posa en dubte que Paracelsus s'arribés a doctorar, tot i que reconeix que alguns documents tardans afirmen que sí que ho va fer. Lluesma-Uranga, E., en l'estudi preliminar de les *Obras completas* i en la introducció de l'obra de Paracelsus, expressa amb seguretat que Paracelsus s'arribà a doctorar en medicina, tot i els dubtes manifestats per a altres autors. Per a millor coneixement es pot consultar Paracelsus. *Obras completas. Libro de los prólogos, Libro de las Entidades, Libro de las Pardojas*; Barcelona, Edicomunicacions, 1989.

ensenyava en alemany i no en llatí, i per causa del seu rebuig al textos clàssics a l'hora d'exercir la docència. S'explica d'ell l'anècdota que el dia de Sant Joan de 1527 va tirar a la foguera el *Cànon* d'Avicena, per tal de demostrar públicament que els clàssics havien quedat totalment en desús, a la vista dels nous coneixements mèdics que l'observació dels fenòmens permetia descobrir. Finalment, i a causa de la forta oposició, hagué de marxar de la ciutat; viatjà de nou i s'uní a Saint Gall als pagesos anabaptistes i predicà la nova heterodòxia religiosa. A causa de la seva forma peculiar de ser i de vestir, i per causa de les seves creences, se li va negar l'exercici de la medicina a Innsbruck i a altres ciutats. Després d'una curta residència a Saint Moritz s'establí a Salzburg, on va morir a l'edat de quaranta-vuit anys.<sup>169</sup>

Paracelsus fou autor d'una abundant obra que en la seva major part es publicà després de la seva mort. En la seva primera obra *Paramirum* (1520) defensava la seva tesi del paral·lelisme entre el microcosmos de l'home i el

---

<sup>169</sup> Tampoc existeix consens sobre la causa de la mort de Paracelsus. Guerra afirma en la seva "Història de la medicina" que va ser a causa d'un baralla de taberna. Lluésma-Uranga en l'estudi preliminar de les "Obras completas", es fa ressò de les discrepàncies que apareixen en els diferents comentaristes sobre la causa de la mort de Paracelsus, per alguns va morir sol, abandonat i oblidat a l'hospital de Sant Esteve de Salzburg, cosa possible, però poc conseqüent segons Lluésma-Uranga. També existeix una teoria que explica que els metges de Salzburg van contractar a assassins a sou, per tal que el seguissin i l'assassinessin, teoria que segons Lluésma-Uranga, ha estat totalment desacreditada per les exegesis modernes. Segons la seva teoria, si bé és cert que va estar ingressat en l'hospital de Sant Esteve, quan va sentir que s'acostava l'hora de la seva mort, va llogar una ampla i clara habitació a la posada del Cavall Blanc, i s'hi va fer traslladar per esperar l'hora del traspàs. Allí va dictar el seu testament, preparà el seu sepeli, repartí els seus bens, ordenà els salms que s'havien de llegir en el seu sepeli, i disposà que el seu cos fos enterrat a l'església de Sant Esteve, morint el dia 24 de setembre de 1541. Segons aquesta versió, al cap de cinquanta anys de la seva mort, les seves restes van ser traslladades des de la tomba de l'església de Sant Esteve a un nínxol encastat en un mur, sota la cura del seu marmessor Miquel Setznagel i va ser cobert per una làpida de marbre vermell. Aquesta tomba pot ser observada actualment i damunt de la làpida s'hi pot llegir: "Aquí reposa Felip Théophraste Bombast von Hohenheim. Famós doctor en medicina, que va curar tota classe de ferides, la lepra, la gota, la hidropesia i altres varies malalties del cos, amb meravellosa ciència. Va morir el 25 de setembre de l'any de Gràcia de 1541".

macrocosmos de l'univers que l'envolta, governats ambdós per les mateixes lleis de simpatia i antipatia, i animats per un mateix principi vital que ell anomena *archeus*. Admetia que en totes les coses hi ha una substància comuna: *iliaster* i tres constituents elementals: el sofre, el mercuri i la sal. Paracelsus acceptava que en el cos humà es produïen processos idèntics als que tenen lloc en les reaccions químiques dels minerals, de fet se'l considera el primer representant de la medicina química, en contraposició a la medicina natural heretada dels clàssics.

Tot i la seva reputació com a terapeuta extraordinari, foren pocs els que van consultar els seus escrits mentre era viu. No va ser fins després de la seva mort que van començar a ser conegudes les seves teories per metges que varen consultar la seva obra encuriós per les guaricions gairebé miraculoses que havia realitzat en vida. En aquest sentit va ser important el cas d'Adam Von Bodenstein, metge galenista del compte palatí Othon,<sup>170</sup> qui a causa d'unes febres que atacaven el compte des de feia més d'un any, i que no sabia com guarir, aconseguí curar-lo en menys d'un mes, gràcies a un medicament de Paracelsus. Adam es convertí llavors en un deixeble de la nova medicina i es dedicà de forma activa a la recerca de textos del mestre. Fou ell mateix i altres adeptes els que feren publicar nombroses edicions de moltes de les seves obres.

L'obra de Paracelsus inclou tots els extrems de la medicina aleshores coneguda; entre els seus textos podem citar els tractats sobre *la sífilis, la pesta, les malalties dels miners, les epidèmies, les malalties produïdes pel tàrtar, els llibres de pràctiques, l'art de receptar, l'anàlisi química, les influències dels astres, la cirurgia, el llibre de les herbes, dels minerals i de les gemmes, la matriu, les ferides obertes i les úlceres, la preparació de l'el·lèbor, les úlceres dels ulls i el mal anomenat glaucoma, els principis actius que s'obtenen per la trituració dels remeis, el tractat sobre les impostures dels metges*, així com els

---

<sup>170</sup> Debus, A. G., *op. cit.*, p. 40.

diccionaris que va haver d'escriure a causa de la utilització d'una nomenclatura especial i particularment enrevessada.

### **3.2.1.1. El llibre de la matriu de Paracelsus**

D'entre la vasta i abundant obra de Paracelsus, ens interessarem per un dels seus tractats, poc conegut, concretament pel *Tractat sobre la matriu*. La primera edició publicada va ser feta per Byrckmann a Colònia, l'any 1566, i impresa amb el títol *Das Büch Meteorum des Edlen und Hochgelerten Aur. Theophrasti... Item liber quartus Paramiri de Matrice*.<sup>171</sup>

En el *Tractat sobre la matriu*, Paracelsus seguint la seva teoria del paral·lelisme entre el microcosmos de l'home i el macrocosmos de l'univers, defineix i cataloga la dona com un tercer món, més petit que el segon món, que és l'encarnat per l'home. Aquest tercer món és representat justament per la matriu:

«Així el macrocosmos apareix tancat exteriorment de forma que res en pot sortir, ja que tot queda unit i tancat dins d'ell. El microcosmos, és a dir, l'home, apareix també tancat i envoltat per la pell: allà dins la sang, la carn i tots els altres elements resten fora del contacte del món exterior, i s'evita d'aquesta forma que el món exterior els malmeti, transformi o barregi. La pell que recobreix l'home compleix, doncs, la

---

<sup>171</sup> El llibre *de la Matriu* fou el primer de tots els paramínics que es traduí al llatí. Aquesta versió "prínceps" fou feta per Gerardo Dorn l'any 1569. Víd: Paracelsus., *Tratado sobre las enfermedades de la matriz a Opus Paramirum. Llibre IV*; 1ª nota prèvia, a *op. cit.*, p. 252. Vid. també Paracelso., *De Matrice*; edició del Grup Pierre Fabre, a partir de l'edició llatina de 1603 de Paltenius; la traducció de l'edició llatina és a càrrec de Nofre, M.,

missió de separar els dos móns, el gran i el petit, és a dir: l'Univers i l'home... A més del macrocosmos i del microcosmos, existeix un tercer món, molt més petit, que és justament la matriu, que amb els seus vasos i la seva pròpia pell pot subsistir per si mateixa, fins i tot separada del petit món, que és l'home.

El món de la dona és efectivament diferent i més petit (*mundus mínimus*) i més imperfecte que el de l'home. Posseeix la seva anatomia, teoria, causes, raons i tractaments particulars».<sup>172</sup>

En el pensament clàssic, l'home i la dona pertanyien al mateix ordre universal, en el qual hi havia diferents graus de perfecció, home i dona mantenien solament diferències de grau; en aquest pensament clàssic que havia perdurat al llarg de l'edat mitjana la dona era vista com un baró imperfecte que no havia arribat al grau complet de plenitud, l'home era la mesura de totes les coses i per descomptat el sexe ideal. Paracelsus inicià amb la seva obra una nova línia de pensament, un nou paradigma, en el qual defineix la dona com a essencialment diferent a l'home. Ja no pertanyen tots dos a un mateix ordre ideal, sinó que la dona, ja des del seu mateix inici, pertany de forma *natural* a un sexe diferent, que no s'expressa tan sols en els seus òrgans genitals, sinó també, i fonamentalment, en tots els òrgans del seu cos. La dona és essencialment diferent a l'home i tot el seu ésser queda definit per la seva matriu.

---

<sup>172</sup> *Íbid.*, Capítol segon, p. 254. "Así el Macrocosmos aparece cerrado exteriormente de tal manera que nada puede salir de él, pues todo queda unido y encerrado en él. El Microcosmos, es decir, el hombre, aparece también encerrado y rodeado por la piel: allí dentro la sangre, la carne y todos sus demás elementos permanecen fuera del contacto del Mundo exterior, evitando así que éste los hiera, transforme o mezcle. La piel que recubre al hombre cumple, pues, la misión de separar los dos Mundos, el grande y el pequeño esto es, el Universo y el hombre...Además de esto, del Macro y del Microcosmos, existe un tercer Mundo, mucho más pequeño, que es justamente la Matriz, la cual, con sus vasos y su piel propia, puede subsistir por sí misma, aun separada en cierto modo del pequeño Mundo del hombre."



«No pensareu així que el seu cervell, el seu cor, el seu fetge, etc., són com els del home, ja que el cervell de la dona és un cervell femení, de la mateixa manera que el seu cor i tots els altres òrgans...La diferència de la dona es refereix (incumbit) sempre a la seva pròpia arrel, que no és altra que la matriu en la qual ha estat creada, en la qual queda establerta i fixada, i de la qual pren el seu nom. La seva naturalesa i la seva condició provindran, doncs, de la matriu».<sup>173</sup>

Podem considerar Paracelsus com l'iniciador d'una medicina *natural*, en la qual la dona és concebuda únicament i exclusiva per dedicar-se al seu paper de mare:

«Aquest vas en el qual l'ésser és concebut (condit) i en el qual el nen és tancat i protegit, s'anomena efectivament *matriu*, per més que tota la dona ho sigui per extensió i que també la llavor, de la qual la dona prové, conserva alhora el mateix nom.

La dona ha estat constituïda en raó justament d'aquest recipient i no perquè cap de les seves parts o membres ho necessiti.

La dona és en si mateixa la Terra i tots els seus elements. I la matriu, l'arbre que sorgeix de la terra, i que dóna com a fruits els fills».<sup>174</sup>

---

<sup>173</sup> *Íbid.*, p. 261. “No pensareis así que su cerebro, su corazón, su hígado..., etc, son como los del hombre, pues el cerebro de la mujer es un cerebro femenino, del mismo modo que su corazón y todos los demás órganos...La diferencia de la mujer se refiere (incumbit) siempre a su propia raíz que no es otra que la Matriz en la que ha sido creada, en la que queda establecida y fijada y de la que toma su nombre. Su naturaleza y su condición provendrán así de la Matriz”

<sup>174</sup> *Íbid.*, p. 283. “Este vaso donde el ser se concibe (condit) y en el que el niño se encierra y protege, se llama efectivamente Matriz, por más que toda la mujer lo sea por extensión y que también la semilla, de donde la mujer proviene, conserve a su vez el mismo nombre.

La mujer es en sí misma la Tierra y todos los elementos. Y la Matriz, el árbol que surge de la tierra, cuyos frutos son los hijos.”

En relació amb la concepció, Paracelsus adopta la postura d'Aristòtil, de la llavor exclusivament masculina, on l'aportació femenina és únicament present mitjançant la sang uterina que alimenta i fa créixer la llavor que ha dipositat l'home, que es converteix d'aquesta forma en un embrió humà.

«És just doncs que el metge presti la major atenció a aquestes similituds i que sàpiga que l'home és la llavor i la dona, el camp».<sup>175</sup>

Paracelsus es desvincula definitivament de la teoria hipocràtica que defensava la necessitat d'una llavor masculina i una altra de femenina, per tal de produir la concepció. Conseqüentment també abandona la creença en la necessitat del plaer femení en el coit, per tal que l'embaràs es produeixi.

«Aquest Esperit, que tots els homes portem sobre la terra i l'aigua, mai ha estat ni serà vist. I per això la dona, que el porta en la matriu, no ha d'utilitzar aquesta per a fornicar.»<sup>176</sup>

Paracelsus i els seus seguidors adopten les explicacions d'Aristòtil, en relació amb els temes de l'aportació masculina i femenina en la concepció del nou ésser, de la mateixa manera que adopten la teoria aristotèlica dels quatre elements, a la qual Paracelsus hi afegeix aquella fonamentada en els tres elements químics bàsics: la sal, el sofre i el mercuri. Per al corrent mèdic paracelsià la química explica tots els fenòmens del microcosmos i del macrocosmos.<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> *Ibid.*, p. 264. “Es justo pues que el médico preste su mayor atención a estas similitudes y que sepa que el hombre es la semilla y la mujer el campo. “

<sup>176</sup> *Íbid.*, p. 265. “Este Espíritu, que todos los hombres llevamos sobre la tierra y el agua, jamás ha sido ni será visto. Y por eso la mujer, que lo lleva en la Matriz, no debe emplear ésta para fornicar.”

<sup>177</sup> Mirko, D.G., (1997), *op. cit.*, p. 15.

### 3.3. La regulació de les professions sanitàries. La seva repercussió en l'assistència al naixement

Durant el segle XVI, es seguia considerant la llevadora com el professional encarregat de l'assistència durant el naixement. Era la llevadora qui estava al costat de la dona en el moment del part. En cas d'extrema dificultat avisaven el cirurgià per tal d'extraure la criatura, que normalment ja havia mort.

En aquest període històric s'inicià la regulació institucional de la pràctica d'aquets professionals; aquesta regulació es va començar, de forma força tímida, a l'inici de segle XVI. A Anglaterra el rei Enric VIII va proclamar l'Acta de 1512, en la qual establia la regulació de metges i cirurgians; més endavant,<sup>178</sup> es va iniciar la concessió de llicències a les llevadores *qualificades*, però que en aquest cas eren atorgades pels bisbes i no per les autoritats civils. A Escòcia, que durant aquesta època estava sota la influència de la Reforma, l'Església obligà a totes les llevadores a comunicar a les autoritats eclesiàstiques tots els naixements. Aquesta exigència tenia el seu origen en la pretensió d'eliminar la immoralitat i la il·legimitat, persuadint les dones per tal que divulgessin el nom del pare biològic, i si era possible que legitimessin el naixement. Un dels primers juraments professionals d'una llevadora, del qual se'n té constància escrita, és el pronunciat per Eleanor Pead, el 26 d'agost de 1567. Abans de pronunciar el jurament va ser interrogada pel bisbe i per vuit dones (presumiblement expertes i reconegudes llevadores). El jurament tenia la forma següent:

«Jo, Eleanor Pead, admesa en l'ofici i ocupació de llevadora, portaré a terme amb fidelitat i diligència l'exercici d'aquest ofici d'acord amb l'ingeni i el coneixement que Déu m'ha donat; i estaré disposada a

---

<sup>178</sup> No es coneix la data exacta en que es va iniciar a Anglaterra la concessió de llicències a llevadores. Segons la recerca feta per Forbes a diferents arxius, es comencen a trobar referències de llevadores que exerceixen amb llicència a la primera meitat del segle XVI. Vid. Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, pp. 68-77.

ajudar per igual tant les dones riques com pobres, que trobi de part i infantant; i sempre estaré a la disposició de riques i pobres en l'exercici i execució d'aquest ofici.

A més, no permetré o patiré que les parteres anomenin a cap més com a pare del seu fill si és diferent al que per dret i en veritat és el pare; i no permetré que el cos de cap altre nen es posi, porti o presenti davant de cap dona que hagi infantat, en lloc del seu fill natural, sempre que estigui en el meu coneixement i comprensió.

A més, no utilitzaré cap classe de bruixeria o encantament en el moment del part de cap dona; i no destruiré el fill nascut de cap dona, ni el tallaré, ni li arrancaré el cap, ni el desmembraré o feriré de cap forma, ni permetré que sigui ferit o desmembrat de cap forma o mètode.

A més, en l'administració del sagrament del baptisme en moment de necessitat empraré les paraules aptes i acostumades d'aquest sagrament, és a dir, les paraules següents, o iguals per a aquest efecte: "Jo et batejo en el nom del Pare, el Fill i l'Esperit Sant", i no pronunciaré cap altra paraula profana. I que en aquest moment de necessitat, en batejar qualsevol nadó i vessar aigua sobre el cap del nen, usaré aigua pura i neta, i no cap mena d'aigua de roses o Damasc, o aigua feta amb cap combinació o barreja; i certificaré davant del capellà de la parròquia cada un d'aquests bateigs».<sup>179</sup>

---

<sup>179</sup> *Íbid.*, pp. 70-71. "Yo, Eleanor Pead, admitida en el oficio y ocupación de comadrona, llevaré a cabo fiel y diligentemente el ejercicio de dicho oficio de acuerdo con el ingenio y conocimiento que Dios me ha dado; y estaré dispuesta a ayudar por un igual tanto a mujeres ricas como pobres que se encuentren de parto y dando a luz; y siempre estaré a la disposición de ricas y pobres en el ejercicio y ejecución de dicho oficio. Además no permitiré o sufriré que las parteras nombren a ningún otro como padre del hijo si es distinto del que por derecho y en verdad es el padre; y no permitiré que el cuerpo de ningún otro niño se coloque, traiga o presente ante ninguna mujer que haya dado a luz en lugar de su hijo natural, siempre que esté en mi conocimiento y comprensión. Además no utilizaré ninguna clase de brujería o encantamiento en el momento del parto de ninguna mujer; y no destruiré el hijo nacido de ninguna mujer, ni lo cortaré, ni le arrancaré la cabeza, ni lo desmembraré o dañaré de modo alguno, ni permitiré que sea dañado o

Observem que l'Església pretenia mitjançant les llevadores mantenir la moral i bons costums en tot allò relacionat amb la procreació i naixement. A l'Europa continental les llicències eclesiàstiques atorgades a les llevadores es van anar substituint, a poc a poc, per llicències municipals seculars atorgades pels alcaldes; a Anglaterra, però, la llicència episcopal no va ser substituïda oficialment fins al segle XX.<sup>180</sup>

En el cas d'Espanya, com ja hem fet esment, el 30 de març de 1477, els Reis Catòlics promulgaren una llei, per la qual es va crear el Tribunal del Protomedicat,<sup>181</sup> format en el seu inici pels metges que atenien personalment els reis i, posteriorment, per metges de gran prestigi. La disposició determinava que protometges i alcaldes examinadors majors podien examinar:

«... els físics i cirurgians, i embalsamadors i apotecaris, i especiers i herbolaris i altres persones que en tot o en part usaren d'aquests oficis, i en oficis a ells i a cada un d'ells annexa i connexa, així homes com dones, de qualsevol llei, estat, preeminència i dignitat que siguin».<sup>182</sup>

---

desmembrado de ningún modo, forma o método. Además en la administración del sacramento del bautismo en momento de necesidad emplearé las palabras aptas y acostumbradas de dicho sacramento, es decir las palabras siguientes, o iguales para este efecto: Yo te bautizo en el nombre del Padre, el Hijo y el Espíritu Santo y ninguna otra palabra profana. Y que en momento de necesidad, al bautizar a cualquier niño nacido y verter agua sobre la cabeza de dicho niño, usaré agua pura y limpia, y no ninguna agua de rosas o damasco, o agua hecha con ninguna combinación o mezcla; y certificaré ante el cura de la parroquia cada uno de estos bautizos.

<sup>180</sup> Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 68.

<sup>181</sup> *Íbid.*, p. 75.

<sup>182</sup> Ortiz, T., Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía; *Dynamis*, 16(1996), pp. 109-120. "...los físicos y cirujanos, y ensalmadores y boticarios, y especieros y herbolarios y otras personas que en todo o en parte usaren de estos oficis, y en oficis a ellos y a cada uno de ellos anexo y conexo, ansi hombres como mujeres, de cualquier ley, estado, preeminencia y dignidad que sean".

Que les llevadores fossin considerades ofici annexa i connexa, i per tant obligades a examinar-se davant del Protomedicat, no queda del tot clar, però sembla que sí que se'n devia fer una interpretació extensiva, perquè l'any 1523 va ser dictada una nova disposició, més específica, que assenyalava, en relació amb l'activitat dels protomedicats:

«...que no s'entremetin a examinar embalsamadors ni llevadores, ni especiers ni adroguers, ni a altres persones més que als físics i cirurgians, i apotecaris i barbers (...) per remeiar la vexació que per virtut d'aquesta es feia als nostres súbdits i naturals...».<sup>183</sup>

Es delimitava, d'aquesta forma, una clara divisió entre aquells grups de professions sanitàries considerades regulars i les que quedaven al marge del sistema oficial i, per tant, el seu exercici s'efectuava d'una forma marginal. Això no significa que l'exercici de la professió de llevadora no tingués cap tipus de regulació, ja que la majoria de municipis exigien una carta d'acreditació de les llevadores, que normalment era expedida per un metge a qui les autoritats locals havien autoritzat per tal d'examinar-les; en algunes ciutats s'exigia a les candidates l'acreditació d'experiència prèvia, a més de la superació de l'examen.<sup>184</sup>

Tot i la manca de reconeixement oficial, per part dels protomedicats, les llevadores dels segles XVII i XVIII eren considerades a tot Europa dones expertes en parts i en temes de salut de la dona i del nadó, acomplien un paper

---

<sup>183</sup> *Ídem.*, “...que no se entrometan a examinar ensalmadores ni parteras, ni especieros, ni drogueros, ni a otras personas algunas más que a los físicos y cirujanos, y boticarios y barberos (...) por remediar la vexación que por virtud de ella se hacía a nuestros súbditos y naturales”.

<sup>184</sup> En les ciutats com Barcelona o Saragossa s'exigia la superació d'un examen; així com la justificació d'haver practicat al llarg de quatre anys al costat d'una partera autoritzada, a més dels requisits de ser major de 35 anys i no tenir sang jueva o mora. Vid.: Fernández, M<sup>a</sup>. C., Breve historia de las matronas españolas (1400-1950); *Temperamentum*, 3(2006). <http://www.index-f.com/temperamentum/tn3/t6136.php>. (Consulta el 2 de desembre de 2006).

clau en activitats religioses i legals, ocupaven, per tant, un lloc central en la vida comunitària i eren posseïdores d'un considerable poder social.<sup>185</sup> Usandizaga (1944) ens descriu la cerimònia del bateig del que més tard seria el rei Felip II, i de la descripció es pot deduir clarament la importància social de la llevadora, com a fedatària dels orígens nobles del príncep:<sup>186</sup>

«El príncep Felip II va néixer a Valladolid, en el palau de don Bernardino Pimentel, el 21 de maig de 1527; pocs dies després se'l va batejar a l'Església de Sant Pau. Va dur a cristianitzar el príncep el duc de Frías, a la seva dreta caminava la llevadora que havia assistit el part, a l'esquerra el gran duc d'Alba i darrere caminaven els padrins. Darrere un petit espai, la dida, María Sarmiento, muntanyesa de Castella la Vella i després ordenats segons categories, els nobles de la Cort».

Tribunals de protomedicats també n'hi havia en el nord d'Itàlia. A Bolonya hi havia un poderós col·legi de metges que regularment nomenava entre els seus membres tres protomedicats encarregats de supervisar la pràctica mèdica. A la segona meitat del segle XVI, el col·legi va aconseguir jurisdicció i control sobre totes les arts sanitàries, encloses la farmàcia i la cirurgia, i controlava també el gremi d'apotecaris i de cirurgians barbers. Entre els segles XVI i XVII, el Col·legi de Metges de Bolonya va aconseguir substituir el pluralisme en l'exercici de les professions sanitàries, per una jerarquia de la professió tripartida (de dalt a baix: metges, apotecaris i cirurgians barbers), amb funcions complementàries, però gradualment decreixents quant a autoritat i consideració social. La posició

---

<sup>185</sup> Ortiz, T., *op. cit.*, p. 113.

<sup>186</sup> Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 111." (...) Felipe II. Nació en Valladolid en el palacio de don Bernardino Pimentel, el 21 de mayo de 1527; pocos días después se le bautizó en la iglesia de San Pablo. Llevó a cristianar al Príncipe el Duque de Frías, a su derecha caminaba la comadrona que asistió al parto, a la izquierda el gran duque de Alba y detrás marchaban los padrinos. Tras un pequeño espacio, la nodriza, María Sarmiento, montañesa de Castilla la Vieja (...) y después, ordenados según su categoría, los nobles de la Corte. “

superior del metge es fonamentava en que els remeis interns eren més importants que els externs, i en conseqüència, només els metges podien receptar medicines que s'haguessin d'administrar per via oral. Les dones havien estat excloses de la pràctica de qualsevol d'aquestes tres professions des de la Baixa Edat Mitjana, a Bolonya. Les dones, que històricament havien prescrit preparats i medicines administrades per via oral, practicaven, doncs, al marge del sistema sanitari jerarquitzat, com a llevadores, venedores d'específics o com a sanadores sense llicència. Els procediments de llicències per a les llevadores no es van iniciar fins al 1674. El 15 de gener d'aquest any els protomedicats varen divulgar un edicte en què requerien a les llevadores un jurament de fidelitat a les lleis del Protomedicat: en aquest jurament s'inclouïa el compromís de no administrar remeis per via oral, ni sagnar, i van deixar aquesta última tasca en mans dels cirurgians barbers.<sup>187</sup> S'inicia el camí de la usurpació de competències professionals a les llevadores, per professionals sanitaris masculins.

### **3.4. Els cirurgians i l'assistència al naixement**

La primera escola quirúrgica, en la qual es formaven els cirurgians, havia sorgit a Bolonya, a l'inici del segle XII. Va ser també entre els alumnes de l'Escola de Bolonya on va sorgir el primer intent renovador de l'anatomia medieval. Mondino de Luzzi (1270-1326) va ser un cirurgià que es va graduar com a doctor en medicina a la Facultat de Bolonya l'any 1290. Més endavant esdevingué professor d'anatomia en aquesta mateixa Universitat, i practicà la

---

<sup>187</sup> Per a millor coneixement de l'estat de les arts mèdiques practicades per dones a Bologna es pot consultar : Pomata, G., *Entre el cielo y la tierra: Las sanadoras de Bolonia en el siglo XVI*, a Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria, 2001, pp. 115-140.



dissecció en cadàvers; entre aquestes disseccions es menciona, amb especial interès pel coneixement de l'anatomia de la dona i de l'embaràs, la que va practicar l'any 1315 en un cadàver d'una dona embarassada.<sup>188</sup>

Durant l'edat mitjana, la pràctica professional dels cirurgians s'havia controlat des dels gremis professionals, que s'havien mantingut amb independència i al marge del control mèdic, però a l'inici de segle XVI, el col·lectiu mèdic va començar a intervenir en la pràctica professional dels cirurgians barbers. A França, la Facultat de Medicina de París va començar a exercir supervisió de la pràctica dels cirurgians barbers de *toga curta*, a partir de 1505. Passats uns anys, els cirurgians de *toga llarga*, vestit que acreditava socialment una educació superior a la dels barbers, van quedar també sota el control professional dels col·legis mèdics.

A França, com a la resta de països europeus, la formació dels cirurgians consistia en un primer període, que durava entre cinc i set anys, d'ensenyament pràctic, al costat d'un cirurgia jurat; durant aquest temps havien d'assistir també a les classes d'anatomia, de cures i d'embenats, a la Facultat de Medicina. Al final del seu aprenentatge havien de superar un examen, i satisfer prèviament el pagament d'unes elevades quotes. Un cop superat l'examen se'ls permetia l'ingrés a la Confraria de Sant Cosme i Sant Damià, i la pràctica de l'exercici professional com a cirurgians jurats.

Els cirurgians militars varen ser els que van aconseguir una posició social més estable, i aquests cirurgians itinerants, que acompanyaven els exèrcits en les seves campanyes bèl·liques, van ser els que més van contribuir a elevar socialment la professió i van ser també els primers a començar a escriure textos docents sobre les pràctiques relacionades amb la cirurgia de guerra.

Un dels cirurgians militars més notable va ser Ambroise Paré, nascut prop de Laval (França), l'any 1510. De jove va treballar com a cirurgia barber a l'Hotel Dieu de París. L'any 1536 es va allistar com a cirurgia militar amb el mariscal

---

<sup>188</sup> Vid. Guerra, F., *op. cit.*, p. 240.

Montjean i, a causa de la seva fama, aconseguí ser cirurgià personal dels reis de França: Enric II, Francesc II, Carles IX i Enric III. Paré va ser un hugonot, de caràcter senzill, que va fer famosa la dita «Je le pansay et Dieu le guarit», és a dir, que ell hi posava el remei, però era Déu el responsable de la guarició de les ferides. Paré va consolidar el rang dels cirurgians gràcies a la seva bona pràctica professional i a la seva abundant obra escrita. Paré va escriure sobre tots aquells temes relacionats amb la cirurgia:<sup>189</sup> el tractament de les ferides fetes per armes de foc, el tractament de les fractures òssies, la tècnica de les amputacions y va escriure també sobre malalties infeccioses com la pesta o la verola. Entre el gruix de les temàtiques tractades a la seva obra es troba també l'abordatge de les pràctiques obstètriques. L'any 1549 va publicar un tractat, dedicat al vescomte de Rohan, que duia per títol *Briefve collection de l'administration anatomique; avec la manière de conjoindre les os, et d'extraire les enfants tant morts que vivants du ventre de la mère, lors que nature de soy ne peut venir a son effec*. L'any 1573 va publicar un nou tractat de caràcter obstètric, aquesta vegada dedicat al duc d'Uzès, amb el títol *De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants hors du ventre de la mère. Des monstres tant terrestres que marins*.

### 3.4.1. Les aportacions d'Ambroise Paré

Ambroise Paré va ser un bon coneixedor de l'anatomia femenina. Sembla que, en els seus anys de pràctica a l'Hotel Dieu de París, havia disseccionat

---

<sup>189</sup> Per a conèixer una descripció de la vida i l'obra d'Ambroise Paré es pot consultar: Guerra, F., *op. cit.*, pp. 290-292, així com també O'Down, M. J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 534. Una recopilació cronològica de la seva obra pot trobar-se a Grmek, M. G., (1997), *op. cit.*, p. 327 i, per un coneixement més profund es pot acudir a Paré, A. *Textos choisis d'Ambroise Paré*; París, Société les belles lettres, 1953. Presentació i comentaris de Delaurelle, L., i Sendrail, M.

cadàvers de sexe femení. Com a bon home del Renaixement va voler ser un buscador de la veritat, estudiant directament la realitat, però no per aquest motiu va mostrar una manca de respecte cap a les autoritats clàssiques:

«Perquè, ens diu (Hipòcrates) som tan simples, de forma que ens recolzem i ens adormim, basant-nos tan sols en l'obra dels Antics, com si ells ho haguessin sabut tot i explicat tot, sense deixar res per descobrir i per dir a aquells que vindran després d'ells. Nosaltres hem après del pare Guidon que nosaltres som com el nen que va a coll d'un gegant; és a dir que gràcies als seus escrits nosaltres veiem el que ells han vist i podem veure i entendre encara millor».<sup>190</sup>

Paré cita sovint en els seus llibres Hipòcrates, Galè, Aristòtil, així com els mestres àrabs. Sembla que era coneixedor del llibre de Rösslin *Der Swangern Frawen an Hebammen Roszgarten*, editat l'any 1513 i destinat a la formació de les llevadores.<sup>191</sup>

Entre la seva obra figura un opuscle sobre la forma de saber si una noia és verge o ha mantingut relacions sexuals.<sup>192</sup> Paré posa en dubte la capacitat de llevadores i cirurgians per tal de dictaminar, mitjançant l'exploració, si una noia ha tingut relacions sexuals o no. Ell defensa la teoria que una noia pot haver trencat la membrana himenial havent introduït prèviament els dits a la vagina, o bé un pessari per tal de curar algun trastorn menstrual; i això no és motiu per

---

<sup>190</sup> Paré, A., *op. cit.*, p. 60. "Par quoi, nous dit-il (Hippocrâtes), ne soyons si simples de nous reposer et endormir sur le labeur des Anciens, comme s'ils avaient tout su ou tout dit, sans rien laisser à excogiter et dire à ceux qui viendront après eux. Nous avons appris du bon père Guidon que nous sommes comme l'enfant qui est sur le col du géant; c'est-à-dire que par leurs écrits nous voyons ce qu'ils ont vu et pouvons encore voir et entendre davantage."

<sup>191</sup> Sobre aquest llibre i el seu contingut, se'n farà menció en un apartat posterior. O'Down, M. J., i Philipp, J.J., *op. cit.*, són els autors que mencionen el coneixement per part de A. Paré de l'obra de Rösslin, Vid. O'Down, M. J., i Philipp E.E., *op. cit.*, p. 536.

<sup>192</sup> Paré, A., Rapport des filles, si elles sont vierges ou non a Paré, A., *op. cit.*, p. 172- 174.

considerar que ha deixat de ser verge. En aquest mateix opuscle menciona Hipòcrates, Galè i Aristòtil:

«Ni les llevadores, ni els cirurgians, poden saber si una noia ha deixat de ser verge, buscant llet a les mames. Hipòcrates diu que una dona, sense haver d'estar embarassada o haver donat a llum, pot tenir llet, si la seva purgació natural ha estat interrompuda. Sobre el comentari d'aquest aforisme, Galè diu que les glàndules mamàries estan plenes de sang, converteixen la sang menstrual que hi arriba en un humor semblant a elles en color per la seva virtut o capacitat de fabricar llet. De forma similar Aristòtil diu que ha vist alguns homes amb llet a les mames».<sup>193</sup>

En els seus textos, dedicats a l'extracció del fetus en circumstàncies difícils, Paré va preconitzar la versió interna del fetus. La versió interna implica fer girar el nen dins de l'úter, amb la finalitat de procurar el seu naixement de forma normal. Per fer-ho aconsellava introduir la mà a l'interior de l'úter, quan la dilatació del coll de la matriu ho permetés, agafar un dels peus del fetus, i donar-li la volta (versió), fins a aconseguir una posició en què el naixement fos possible. Aquest procediment que ja havia estat explicat per Sorà, s'havia abandonat al llarg de l'edat mitjana.<sup>194</sup>

---

<sup>193</sup> *Íbid.*, pp. 173-174. "..., les matrones ni chirurgiens ne peuvent juger une fille, être pucelle, à laquelle on trouvera du lait aux mamelles. Car Hippocrate dit qu'une femelle, sans être grosse ou avoir enfanté, peut avoir du lait, si sa purgation naturelle est empêchée. Sur le commentaire de cet Aphorisme, Galien dit purce que les glandules des mamelles, étant exsangües, convertissent le sang menstruel qui y regorge, en humeur semblable à elles en couleur, par leur vertu lactificante. Semblablement Aristote dit que l'on voit à quelques hommes du lait aux mamelles qu'on peut surcer et épandre."

<sup>194</sup> Sorà en fa referència en el seu llibre IV, quan parla de l'atenció al part difícil. Hipòcrates, en canvi, no en parlava; en cas de dificultat Hipòcrates parla de sacsejar la dona gestant, o extraure el fetus mort mutilant-lo. Com hem mencionat, les teories de Sorà van caure en l'oblit, fins que a inicis del segle XVI, la recopilació de la ginecologia de Sorà, feta per Muschio, va ser recollida en l'obra de Rösslin.

Paré només es refereix, en la seva obra, a l'assistència a parts dificultosos, que no podien evolucionar de forma espontània. També parla en els seus textos de l'operació cesària, per extraure el fetus. Segons O'Down i Philipp no queda clar si es refereix a la seva pràctica en dones vives o mortes i la seva opinió sembla que era contrària a la realització.<sup>195</sup>

Paré coneixia i compartia la idea defensada per la medicina química renaixentista de l'existència del Gran Món i del Petit Món. L'home com a prototip d'aquest petit món era la representació a petita escala de l'Univers; creia que el cos humà estava configurat pels quatre elements presents també en el Gran Món: el foc, la terra, l'aigua i l'aire.

---

<sup>195</sup> La realització de cesàries, per poder extraure el fetus, en cas de part difícil és un tema que ha fascinat des d'antic. En la mitologia grega trobem que Zeus va arrancar al prematur Dionisus del ventre de la seva mare Semele morta en contemplar la divinitat de Zeus, i el va implantar en la seva cuixa, fins el moment del seu naixement. Durant l'Edat Mitjana es practicaven cesàries. Hem citat l'exemple català de Sant Ramon Nonat, qui va néixer per cesària després que la seva mare hagués mort. En aquest cas la cesària la va realitzar el Duc de Cardona. Tenim documents iconogràfics que mostren llevadores i cirurgians que practiquen cesàries, però sempre després de la mort de la mare. Sembla ser que la primera cesària que es va realitzar en una dona viva, va ser feta l'any 1500, i no la va realitzar cap professional sanitari, sinó que ho va fer un suís anomenat Jacob Nufer, que era un castrador de porcs i que sembla que l'hi hauria realitzat a la seva pròpia dona. Aquest cas està citat a Gmerk, M. G., (1997), *op cit.*, p. 246 i O'Down, M.J., i Philipp, J.J., *op. cit.*, p. 9 i pp. 131-138. Al llarg del segle XVI, s'han documentat al voltant d'unes quinze cesàries. La possibilitat de practicar una cesària, que podia salvar la vida del fetus, va ocasionar cruels dilemes ètics, doncs es plantejava la possibilitat d'extraure un fetus viu, però la majoria de vegades a canvi de la vida de la mare. Fins aquest moment la embriotomia sacrificava el fetus, que moltes vegades ja havia mort durant el transcurs del part, i es practicava sempre amb la finalitat de salvar la vida de la mare. La possibilitat de la cesària va plantejar un nou escenari, realitzar-la per tal de salvar al fetus. Quan es presentava el dilema ètic, a qui corresponia la decisió: al cirurgià, al pare de la criatura o a la pròpia dona? Més endavant Francois Mauriceau i els seus seguidors, van proscriure fermament la realització de cesàries, doncs creien que el seu deure professional era cap a la mare, que era la pacient, i no cap a un ésser que encara no era nat. Veure Gmerk, M. G., 1997, p. 247. així com O'Down, M. G., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 132.

«De la mateixa manera que al Gran Món hi ha dos grans llums, el Sol i la Lluna, de la mateixa forma en el cos humà hi ha dos ulls que l'il·luminen, el cos humà és anomenat *Microcosmos* o *petit retrat del gran món*».<sup>196</sup>

El seu interès per l'obstetrícia no es va limitar a millorar la formació dels cirurgians per tal que poguessin atendre els parts difícils. Sembla que també es va preocupar per una millor formació de les llevadores, que eren els professionals que tenien cura de l'assistència a les dones en el part, quan no es presentaven complicacions. O'Down i Philipp expliquen que la primera escola per a la formació de llevadores va ser probablement fundada al segle XV, a l'Hotel Dieu de París, sota la direcció d'Ambroise Paré.<sup>197</sup> Aquesta hipòtesi, però, no és acceptada per Olive (1992),<sup>198</sup> que afirma que a l'Hotel Dieu hi havia una sala per acollir i assistir en el part aquelles dones sense sostre que hi acudien; Olive afirma que al cap d'aquesta sala hi havia una llevadora. La primera llevadora coneguda que s'encarregà de dirigir aquesta sala fou Juliette la Ventrière, que la va començar a dirigir l'any 1378; l'any 1598 era Jacqueline Fleury, la llevadora que en solitari tenia cura de la sala. Ella era l'encarregada d'assistir els parts, així com d'examinar les dones embarassades que hi volien acudir; ella era l'encarregada de determinar el temps aproximat en què es produiria el part de les dones embarassades que visitava, per tal de preveure'n l'hospitalització. La llevadora de l'Hotel Dieu tenia l'obligació de sol·licitar el permís del *bureau* (o administradors), que eren els que autoritzaven els ingressos de les dones sense

---

<sup>196</sup> Pare, A., De certains animaux monstrueux qui naissent contre nature aux corps des hommes, femmes et petits enfants a Pare A., 1953, *op. cit.*, p. 129. “ Tout ainsi qu'au grand monde il y a deux grandes lumières, savoir le soleil et la lune, aussi au corps humain il y a deux yeux qui l'illuminent, lequel est appelé Microcosme, ou petit portait du grand monde.”

<sup>197</sup> O'Down M. J. i Philipp E.E., *op. cit.*, pp. 9 i 534.

<sup>198</sup> Olive, F., Prefaci a Bourgeois, L. *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instructions à ma fille*; París, Côte-femmes éditions, 1992, pp. 11-12.

recursos. Olive dóna suport tanmateix a la hipòtesi que en aquesta sala de maternitat es realitzés docència per a llevadores novells, però això no va succeir fins a l'any 1630, en què el 23 d'agost s'autoritzà l'ingrés de Marie du Buc, que va ser admesa com a estudiant de llevadora, per a una estada de tres mesos.

### **3.5. L'interès per la formació acadèmica de les llevadores i la seva regulació**

El procés de l'embaràs i el part s'havia recollit, al llarg dels segles anteriors com un procés que s'inseria dins els cicles naturals. El naixement d'una criatura era pensat en l'imaginari col·lectiu com la caiguda d'una fruita de l'arbre quan arribava a la maduresa, senzillament calia deixar que la natura actués. A partir dels segles XV i XVI varen començar a aparèixer en el si de la nova classe mèdica certs interrogants sobre la necessitat de deixar de considerar el naixement com un fet espontani, i es plantejà la possibilitat d'intervencions tècniques decidides, i fins i tot enèrgiques, per tal de modificar i millorar el procés natural. Embaràs i naixement comencen a ser considerats com a processos patològics. L'home tendeix a emmalaltir, perquè la seva natura no és perfecta; la dona ha de parir amb dolor, com a resposta al pecat original, però a més el procés de la procreació pot desviar-se de la normalitat i, per tant, cal estar atent i a l'aguait, per tal de detectar qualsevol desviació i és fonamental mantenir un rol actiu en l'assistència; ja no és desitjable esperar i deixar fer a la natura:

«Davant de la duració de les coses, l'individu s'hi adapta o es rebel·la, i el part és un bon revelador d'aquestes actituds. Cal deixar acomplir o cal intervenir? Aquestes dues formes de comprendre la vida procedeixen de visions espontànies divergents i es tradueixen en el rol de la persona que

assisteix el naixement en una concepció ben diferent de quin ha de ser el seu rol». <sup>199</sup>

Els metges i cirurgians varen començar a acusar les llevadores de deixar que la natura fes, sense intervenir-hi. La major part de les vegades eren acusades d'ignorància; com que no sabien què fer es refugiaven a deixar transcórrer les coses segons el seu curs natural. La nova classe mèdica que es formava a les universitats, de forma cada cop més multitudinària, va iniciar una tasca de desplaçament de les llevadores i sanadores tradicionals en l'assistència al naixement. Una prova podem trobar-la en la persecució i cacera de bruixes, la majoria d'elles sanadores i llevadores no professionals, que es va produir a Europa des de la fi del segle XIV, fins al segle XVII.

Segons Ehrenreich i English, <sup>200</sup> «l'eliminació de les bruixes com a sanadores va tenir com a contrapartida la creació d'una nova professió mèdica masculina, sota la protecció i patrocini de les classes dominants». En contra d'aquestes presumibles bruixes es varen realitzar diverses acusacions que incloïen des de la subversió política a l'heretgia religiosa, però foren tres les acusacions que es repetiren de forma més insistent. En primer lloc, se les acusava de delictes sexuals comesos en contra dels homes. En segon lloc, se les acusava d'estar organitzades i, finalment, la tercera acusació era la de posseir poders màgics sobre la salut, que podien provocar el mal, però que també tenien la capacitat de curar. Seguint les instruccions proclamades en la

---

<sup>199</sup> Laget, M., *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*; París, Éditions du Seuil, 1982. p. 120. "Devant la durée des choses, l'individu s'adapte ou se rebelle, et l'accouchement est un bon révélateur d'attitudes. Faut-il laisser accomplir, faut-il intervenir? Ces deux manières de comprendre la vie procèdent de démarches spontanées divergentes et se traduisent chez les accoucheurs par une conception très différente de leur rôle."

<sup>200</sup> Ehrenreich, B., English, D., *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad*; tr., Bofill, M., Lingua, P., Barcelona, Ediciones La Sal, 1973, p. 11. "La eliminación de las brujas como curanderas tuvo como contrapartida la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y patrocinio de las clases dominantes."



guia *Malleus maleficarum*, escrita l'any 1484 per Kramer i Sprenger,<sup>201</sup> al llarg de tres segles tots els inquisidors van usar aquest sàdic llibre, per tal d'acusar multitud de dones de bruixes.

Les llevadores tradicionals eren persones portadores d'un coneixement empíric; que havien de demostrar i acreditar davant les autoritats sanitàries, per tal d'obtenir la perceptiva llicència. Les llevadores havien après de la pràctica diària i creien en l'experimentació, en la relació causa-efecte i utilitzaven multitud de remeis. Prescrivien diferents substàncies: el sègol banyut (ergotina) en els dolors del part, o la belladona com a inhibidor de les contraccions uterines. La implantació progressiva de la medicina com a professió que exigia una prèvia preparació universitària va facilitar l'exclusió legal de les dones de les pràctiques mèdiques. L'assistència al part seguia considerant-se una tasca no adequada per a un cavaller, per aquest motiu la figura de la llevadora es va mantenir, però va sorgir un moviment dins de la classe mèdica preocupat per facilitar instrucció teòrica que millorés la pràctica de les llevadores.

### **3.5.1. El primer llibre per a instrucció de les llevadores**

L'any 1513, Eucharius Rösslin (1470-1526) va publicar a Alemanya un llibre que duia per títol *Der Schwangern Frawen und Hebmmem Rosergarten* (El jardí de roses per a dones embarassades i llevadores). Aquest llibre s'inspirava en la recopilació que Moschion havia fet en el segle VI de l'obra ginecològica de Sorà d'Efes, i que s'havia recuperat a Bizanci i traduït al grec i al llatí.

El llibre de Rösslin contenia nombroses il·lustracions fetes per Martin Caldenboch, un alumne del pintor Durero. La publicació d'aquesta obra responia a la comanda que li va fer la princesa Caterina de Saxònia, que li va encarregar la responsabilitat d'examinar les llevadores per tal d'acreditar-les, i supervisar el

---

<sup>201</sup> Ehrenreich, B., English, D., *op. cit.*, p. 13.

seu exercici professional, ja que se les acusava d'ignorants, poc curoses en la seva feina i responsables de la mort innecessària de molts nadons.<sup>202</sup>

L'obra de Rösslin presenta un gran interès a causa de dues característiques que la fan singular. En primer lloc, és la primera obra coneguda que es va escriure amb la finalitat d'instruir les llevadores. Ha estat la primera obra d'aquestes característiques, però no l'única. L'any 1541, es coneix la publicació a Espanya de l'obra de Damià Carbó *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*.<sup>203</sup>

En segon lloc, l'obra de Rösslin presenta, la característica de fer ressorgir l'obra de Sorà, que havia quedat oblidada durant molts segles. Fins aquest moment l'obra ginecològica del *Corpus hippocraticum*, amb algunes influències aristotèliques, era la que havia perdurat durant l'edat mitjana. Les adaptacions que els àrabs n'havien fet i que els traductors de Salern i Toledo havien introduït a les universitats europees dominaren els àmbits mèdics europeus fins aquest moment. L'obra de Rösslin, tal com indica el seu títol, anava dirigida a les dones embarassades i molt especialment a les llevadores. No era, per tant, un text pròpiament mèdic, com els que s'havien escrit prèviament per a ús o instrucció dels cirurgians.

Es coneix poca cosa d'Eucharius Rösslin. Se sap que l'any 1493 era apotecari a Friburg i que tretze anys més tard va exercir com a metge a la ciutat de Frankfurt, més endavant va ser cridat a exercir la medicina a la Cort de la princesa Caterina de Saxònia. Rösslin va retornar a Frankfurt l'any 1517, i es va quedar en aquesta ciutat fins a la seva mort. El seu fill, també anomenat *Eucharius*, el va succeir com a metge a Frankfurt.

L'any 1532, Eucharius Rösslin fill va publicar el llibre del seu pare en traducció llatina; aquesta publicació duia el nom *De partu Hominis*. L'any 1450, el

---

<sup>202</sup> Vid. O'Down, M. J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 9, així com Dunn, P., M., Eucharius Rösslin (c 1470-1526) of Germany and the rebirth of midwifery ; *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, Ed 998; 79, pp. 77-78.

<sup>203</sup> Usandizaga M., *op cit.*, p. 107-118.

clergue Richard Jonas va traduir aquesta versió llatina a l'anglès amb el títol *The Byrth of Mankynde or The Woman's book*; i va dedicar el llibre a la reina Caterina (cinquena esposa d'Enric VIII). L'any 1545 el doctor Thomas Raynalde va encarregar-se que l'obra fos traduïda a l'holandès, txec i francès.<sup>204</sup> Sembla que aquest llibre es va mantenir en els països als quals va arribar com el llibre de text més popular sobre l'art de l'assistència al part.

D'aquesta forma, les llevadores van accedir a un coneixement de l'obstetrícia que es caracteritzava per unes prescripcions provinents del corrent metodista de la medicina clàssica. Com hem vist, les prescripcions encaminades a mantenir la persona en equilibri i harmonia eren bàsiques i fonamentals, en l'obra de Sorà d'Efes. Les recomanacions i les normes higièniques eren fonamentals i els tractaments propugnats eren sempre més suaus que aquells defensats en el *Corpus hippocraticum*, que eren els que havien perviscut a Europa al llarg de l'edat mitjana, gràcies a la recopilació que en varen fer els metges àrabs, i que van ser traduïts i reintroduïts a Occident per les escoles de Salern i l'Escola de Traductors de Toledo. Aquest renaixement de l'obra de Sorà no arribà, però, a tot Europa; com veurem més endavant, a Espanya va perviure la tradició hipocràtica, modificada per l'obra d'Aristòtil i les aportacions àrabs.

### **3.5.2. La formació de les llevadores a Espanya. L'obra de Damià Carbó**

Com ja s'ha mencionat, Damià Carbó va publicar el seu text *El libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de*

---

<sup>204</sup> De l'obra de Eucharius Rösslin en aquest moments només n' existeixen algunes versions del text anglès o llatí, que es consideren vertaderes peces d'art. Una referència al text es pot trobar a: Dunn P. M., *op. cit.* Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 107, fa esment a Fischer, qui afirma que va existir una traducció castellana de l'obra de Rösslin, tot i que no s'ha pogut comprovar la certesa d'aquesta afirmació.

*los niños*, l'any 1541. Damià Carbó i Malferit nasqué a Palma de Mallorca en data desconeguda, i morí en aquesta mateixa ciutat. Fou membre d'una il·lustre i noble família de la societat mallorquina. Es graduà en arts mèdiques i literàries.

La seva acurada instrucció, unit al fet de pertànyer a una família de renom de la ciutat de Palma, li féu guanyar el càrrec de metge de sanitat del regne de Mallorca. Això li permeté poder dedicar-se a escriure. En vida de l'autor es conegué més la seva obra poètica que no pas la mèdica; de fet sabem que va escriure un poema que dedicà a Carles V, amb motiu d'una de les poques visites que va fer al regne de Mallorca.<sup>205</sup>

L'única obra de Carbó que ha arribat fins als nostres dies és *El libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. En la introducció del llibre l'autor fa explícit el seu propòsit fonamental que consisteix a instruir les comares o llevadores, obtenint la seva base doctrinal de les obres d'Hipòcrates, Galè, Avicena i Averroes, entre d'altres. Igual que en el cas de Rösslin, vol millorar el nivell de coneixements de les llevadores, a les quals les considera poc instruïdes.<sup>206</sup> Com que les dones demanaven consell a les llevadores i no pas als metges, en tots aquells temes relacionats amb la salut reproductiva, Carbó considerava important la instrucció de les dones llevadores.

En la introducció de l'obra, l'autor també explica que la seva redacció respon a la petició que va rebre per part d'un noble cavaller, del qual no en cita el nom. Aquest encàrrec responia a l'interès del cavaller per saber la causa per la qual la seva muller havia parit en tres o quatre ocasions un fill mort, que en tots els casos havia nascut als sis mesos de l'embaràs.

---

<sup>205</sup> Vid. Carrera, J. M., *op. cit.*, pp. 24-27.

<sup>206</sup> Amb el mateix propòsit d'instruir a les llevadores, es publicà l'any 1580 un text per part de Francisco Núñez i un altre fou publicat per Alonso de los Ruyzes l'any 1606. Vid: Ortiz, T., La educación de las matronas en la Europa Moderna en Segura, C., *De leer a escribir I. La educación de las mujeres ¿Libertad o subordinación?*; Madrid, Instituto de Investigaciones Femenistas, 1996, pp. 155-170.

«I perquè tenim a l'actualitat la pràctica que les dones embarassades i parides, en les seves necessitats i per a les criatures, a les llevadores abans que als metges demanen consell. I elles poc instruïdes en el seu art, no saben bonament què fer, i així cauen en errors, tal com vostra mercè té experimentat. Per aquest motiu, mogut per la caritat, en aquesta obra demostraré el seu art, les regles i formes que han de posseir per ser suficients i en bona consciència poder tal art usar i aconsellar per a la salut de les embarassades, parides i criatures, al servei de Déu i de Nostre Senyor i de la seva Beneïda Mare».<sup>207</sup>

A continuació, Carbó justifica la necessitat de l'assistència medicosanitària al naixement, ja que tot i ser un procés natural, en moltes ocasions es pot complicar, i es fa per tant necessària l'assistència professional experimentada:

«És cert que després de la prevaricació del nostre pare Adam, va dir Déu a la dona: jo multiplicaré els teus treballs i amb dolor pariràs. És per aquesta llei que no es pot excusar cap dona, sigui de la condició que sigui, que després de la concepció no tingui treballs i no pareixi amb dolor, donat que algunes amb més i altres amb menys. Així que es va fer necessari algun ajut artificial per tal de suplir i ajudar en allò que la natura falla com coses naturals i fortuïtes que succeeixen en el temps de l'embaràs i en el temps del part. El qual moltes vegades és natural i moltes vegades és bo i pròsper i moltes vegades, dolent i disforme i molt perillós per a la vida de la prenyada i de la criatura; com tenir mal lloc, i

---

<sup>207</sup> Carbó, D., *Libro del arte de las comadres madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*; Edició i índex García Gutiérrez, D., Zaragoza, Anubar ediciones, 2000. pp. 11-12. “Y porque tenemos oy una platica que las mugeres preñadas y paridas, en sus necesidades y para las criaturas, a las comadres antes que a los médicos piden consejo. Y ellas poco instruidas en su arte, no saben buenamente que hazer, y así caen en errores como vuestra merced tiene experimentado. Y por esso movido de caridad, en esta obrezica les demostraré su arte, y las reglas y forma que tienen que tener para ser suficientes y en buena conciencia puedan tal arte usar y aconsejar para la salud de las preñadas, paridas y criaturas al servicio de Dios y de Nuestro Señor y de su Bendita Madre.”

llavors és menester encaminar (la criatura) i donar-li bo; o trencar l'extera o llit en el qual la criatura està embolcallada, quan la natura no pot fer-ho. Més per ser cosa de dones, va ser necessari senyalar dona i instruir-la en aquest art. Doncs és art per si, com es demostra en l'èxode, capítol primer, en què ordenant el rei faraó a les *obstetrizes* que, en rebre les criatures de les jueves, matessin els barons i deixessin les femelles. Elles van respondre al rei: *Les jueves obstetricandi habent scientiam*».<sup>208</sup>

Usandizaga afirma que Damià Carbó no coneixia l'obra de Rösslin que, amb el mateix propòsit d'instrucció a les llevadores, havia estat editada a Alemanya vint-i-vuit anys abans,<sup>209</sup> tot i així l'esquema expositiu que segueix Carbó presenta una certa similitud amb *La ginecologia* de Sorà d'Efes, text que com hem vist constitueix la base de l'obra de Rösslin.

La lectura del text de Carbó ens fa pensar que, com a bon metge del moment, tenia un coneixement profund dels textos clàssics i àrabs, ja que trobem al·lusions contínues a aquests autors al llarg de l'obra. En canvi, no sembla que tingués cap tipus de coneixements pràctics, ja que tot i la seva voluntat a fer un

---

<sup>208</sup> *Íbid.*, p. 12. La cursiva es troba en l'original "Es verdad que después de la prevaricación de nuestro padre Adam, dixo Dios a la muger: yo multiplicaré tus trabajos y con dolor pariras. Por la qual ley no se puede excusar la muger de cualquier condicion que sea, que después del concebimiento no tenga trabajos y no para con dolores, puesto que algunas mas y otras menos. Ansi que fue necesario algun adjutorio artificial por suplir y ayudar en lo que la natura falta como cosas causales y fortuytas que acaecen en el tiempo de su preñez y en el tiempo del parir. El qual muchas veces es natural y muchas veces es bueno y prospero y muchas veces malo y disforme y muy peligroso para la vida de la preñada y de la criatura; como tener mal situ, el qual es menester encaminar y darle bueno; o en romper la extera o lecho en el qual la criatura esta envuelta, quando natura no puede hazello. Mas por ser cosas de mugeres, fue necesario señalar muger et instruyrla en tal arte. Pues es arte por si como se demuestra en el *Exodo* capitulo primo, que mandando en Rey Faraón a las obstetrizes que, en recibir las criaturas de las judias, matasen los varones y dexassen las hembras. Ellas respondieron al Rey: *Las judias obstetricandi habent scientiam*."

<sup>209</sup> Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 109. De fet al llarg del llibre de Carbó hi apareixen citats molts autors clàssics (Hipócrates, Aristòtil, Galè), així com la majoria dels autors àrabs que van escriure basant-se en els clàssics (Averroes, Rhazés...), però no s'hi troba cap referència a Sorà.

llibre per instruir la llevadora, es tracta d'una instrucció de caire teòric on es fa palesa la manca d'una descripció acurada del procés del part i de la seva assistència.<sup>210</sup>

El tractat de Damià Carbó s'estructura en dos llibres, el primer parla de l'ofici de la llevadora i de tot allò que és necessari per tal d'exercir-lo; després passa a tractar de la dona embarassada, els senyals que fan pensar en una malaltia o complicació durant l'embaràs i els seus remeis; també hi explica el procés del part i tots els seus accidents, per passar més tard a abordar el règim de les parteres i totes les precaucions que cal adoptar, per tal de tenir-ne cura. El primer llibre finalitza indicant tot allò relacionat amb el desenvolupament del nen després del naixement i les malalties que poden succeir-li, així com de la correcta elecció de la dida i de la bona educació del nen.

El segon llibre, més curt en extensió, fa esment a la dificultat d'aconseguir l'embaràs, i a les causes de l'esterilitat, per fer finalment esment a tots els remeis disponibles segons la causa de l'esterilitat.

### **3.5.3. El primer llibre. L'embaràs i el part, i la seva assistència, en l'obra de Carbó**

Damià Carbó fa esment en el seu primer llibre, concretament en el segon capítol, a que en aquells temes relacionats amb la reproducció ha d'intervenir-hi

---

<sup>210</sup> A diferència del text de Sorà, on fa referència a tot allò necessari per a l'assistència al part. (Sorà, com ja hem comentat abastament, fa fins i tot esment de la postura que ha d'adoptar la llevadora, a l'hora de recollir la criatura en el moment del naixement). Em el text de Carbó, s'hi troben consells per tal de facilitar la dilatació, com per exemple l'ús de banys baixos suaus per fer més fàcil la dilatació, o donar a beure brous i aliments suaus, però energètics, durant el treball de part. (Consells que actualment es tornen a emprar, després d'estar proscrits durant molts anys en l'assistència al naixement).

la llevadora *per ser coses lletges*, i conseqüentment no es tracta de temes apropiats per als metges; tanmateix no es pot deixar la dona sense una bona assistència, ja que la naturalesa està subjecta a emmalaltir, i l'embaràs i el part no en són excepcions:

«I per això el col·legi universal dels metges van destinar un ministre, en poder del qual aquestes operacions van deixar. I per similitud, vistes les necessitats de les dones en el temps del seu embaràs i part, és a saber en mal parir o bon parir, o en la disformitat de la criatura a tenir un cap més gros del que convé o a treure un braç en primer lloc o una cama o en sortir doblegada, per ajudar-les donant bon lloc a la criatura i posar-la en el seu lloc per poder sortir, va ser necessària l'honestedat de deixar aquestes coses en poder de dona. La qual, ben informada de tot allò que toca al seu art, pugui ben valer a la prenyada, parida o embarassada, tal com fa el bon cirurgià en el seu manual d'operacions».<sup>211</sup>

En referència a les qualitats o condicions que ha de posseir la llevadora per tal de ser bona i suficient, Damià Carbó esmenta tres qualitats:

«La primera de les quals ha de ser que la llevadora sigui molt experta en el seu art. La segona que sigui enginyosa. La tercera que sigui moderada, és a dir, que tingui bons costums».<sup>212</sup>

---

<sup>211</sup> Carbó, D., *op. cit.*, p.19. “Y por esso collegio universal de los medicos destinaron un ministro, en poder del qual estas operaciones dexaron. Y por semejante, vista la necesidad en las mugeres en el tiempo de su preñez y parir, es assaber en mal o bien parir, o en la disformidad de la criatura en tener la cabeça mas gorda que debe o en sacar un brazo primero o una pierna o en salir doblada, para ayudarles dando buen sitio a la criatura y ponerla en su lugar para bien salir, fue necesario por honestidad de dexar estas cosas en poder de muger. La qual, bien informada de lo que tocara a su arte, pueda bien valer a la preñada, parida o paridera, como hace el buen cirurgiano en sus manuales de operaciones.”

<sup>212</sup> *Íbid*, p. 20. “La primera de las quales ha de ser que la comadre sea muy esperta en su arte. La segunda que sea ingeniosa. La tercera que sea moderada, es assaber, que tenga buenas costumbres. “



Observem una diferència substancial entre les qualitats que veu necessàries Damià Carbó, per tal que una llevadora sigui bona en el seu art, i aquelles que esmentava Sorà, i que eren les demanades als països del Centre d'Europa en la recopilació que Rösslin va fer del llibre de Moschion, basat en *La ginecologia* del metge d'Efes. Tal com s'ha citat, Sorà demanava que les llevadores fossin lletrades, a fi de conèixer la teoria, ben conformades físicament i amb bones qualitats morals, per poder afrontar la duresa del seu ofici.<sup>213</sup> Per a Carbó, en canvi, l'expertesa tècnica és la qualitat fonamental.

La primera qualitat que demanava Carbó: l'expertesa en el seu art, era exigible perquè es basava en els consells d'Abenzoar,<sup>214</sup> l'art de la cirurgia s'havia d'aplicar amb les mans, i només podia ser acceptat aquell que tenia un bon intel·lecte i que a més durant molt de temps havia practicat al costat d'un mestre, a causa de la dificultat dels casos que contínuament se li presentarien; tanmateix, també a la llevadora li calia tractar multiplicitat de casos i per aquest motiu havia d'exercitar-se, durant un llarg període, al costat d'alguna llevadora experta. La segona qualitat, ser enginyosa també la relacionava Carbó amb l'expertesa tècnica en l'art a l'assistència al naixement, ja que era necessari que amb bon enginy i discreció fos capaç d'encaminar els parts dificultosos i dolents. Aquesta segona qualitat Carbó la citava des del seu propi punt de vista, sense basar-se en cap mestre clàssic. En canvi, la tercera qualitat, la de la moderació en els bons costums, la recolzava en les recomanacions de l'àrab Avicena. Per aquest motiu demanava a la llevadora una bona configuració física i un bon caràcter moral, adornat amb les qualitats de no ser fantasiosa, ser alegre, honrada, casta, i saber guardar secrets, sempre amb la finalitat de poder donar bons consells i exemple. Per això també calia que fos bona cristiana. Fins i tot, però, quan explica les qualitats morals, no les separava de la pràctica experta de les tècniques de l'ofici:

---

<sup>213</sup> Veure al respecte p. 37, d'aquest treball.

<sup>214</sup> Abu Marwan ibn Sur, metge àrab que va viure entre 1072 d. C. a 1162 d. C.

«Tingui les mans primes i miri les carns que ha de tractar. Sigui lleugera en el tacte per tal de no ferir les carns delicades. Sigui temorosa de Déu...».<sup>215</sup>

En tot allò que es refereix als signes d'embaràs i al seu desenvolupament, Carbó es fonamentà en Hipòcrates, mitjançant les recopilacions fetes per Avicena i Rhazés. En l'obra es fa referència a la millor edat per tal que la dona quedi embarassada i així, seguint Rhazés, explica que l'edat més convenient és aquella que va dels quinze als quaranta-cinc anys; també explica que és millor que la dona no sigui ni massa grassa, ni massa prima. No s'hi troba cap comentari relacionat amb la freqüència o conveniència de la pràctica sexual.

Carbó aconsellava un règim de vida equilibrat per a la dona embarassada, bona alimentació amb aliments nets i ben preparats, dormir i descansar amb mesura, no fer gaire exercici, ni agafar pesos durant els primers mesos de la gestació i no mantenir relacions sexuals durant aquests mateixos mesos. L'obra fa esment a algunes de les molèsties més habituals durant l'embaràs: el dolor al ventre, les basques, els vòmits, la pèrdua de gana i les cremors o dolor d'estómac. Per a cada un d'aquests problemes dóna un seguit de remeis. Aquests remeis acostumen a ser suaus i es basen en recomanacions alimentàries o de diferents substàncies administrades sempre per via oral. L'assistència i tractament dels problemes i patologies que apareixen durant l'embaràs és considerada tasca del metge:

«Doncs el metge com a metge ha de restaurar la (salut) de la dona, perquè perdent-la també es perd la criatura, la conclusió és que en qualsevol temps si es pot salvar la dona i la criatura s'ha de fer i molt més ànim ha de tenir el metge si alguna autoritat d'afamats doctors l'acompanya i molta més raó, perquè les causes prohibitives de la sagnia

---

<sup>215</sup> Carbó, D., *op. cit.*, p. 22. “Tenga las manos delgadas y mire las carnes que tiene que tratar. Sea ligera en el tacto que no haga lision en las carnes delicadas. Tenga temor de Dios...”

en les dones embarassades afirmen els doctors que és defecte de nutrició».<sup>216</sup>

No es fa esment a cap patologia important de l'embaràs i passa directament a les causes del mal parir. Delimita causes extrínseques o externes i causes intrínseques, que provenen de l'interior del cos de l'embarassada, en aquest últim cas la causa pot venir de la pròpia mare o de la criatura. Les causes externes que poden ocasionar un mal part provenen, segons Carbó, de la influència dels cossos celestials; del sol i de la lluna, que de la mateixa manera que influencien les marees en el mar, poden afectar el desenvolupament del part; tal afirmació es basa en Aristòtil, concretament, en el seu llibre *Sobre la generació dels animals*. Quan les causes són intrínseques, són de causa materna, la mare no té prou capacitat per seguir alimentant la criatura i per aquest motiu es desencadena el part abans de terme. Quan és per causa del fetus, també s'esmenta la manca d'aliment a l'interior de l'úter, o la falta d'aire per tal d'atemperar-li els esperits. Aquestes causes degudes a la criatura les descriu Carbó fonamentant-les en el text d'Hipòcrates *Sobre la naturalesa de l'infant* i en el llibre d'Aristòtil *Sobre la generació dels animals*. Damià Carbó considerava part natural aquell que es desenvolupava segons totes les condicions necessàries i que finalitzava amb la salvació de la mare i de la criatura.<sup>217</sup> A més, era necessari que la criatura sortís presentant el cap en primer lloc i els braços junts als costats, amb les mans estirades sobre les cuixes, preferentment entre el mes setè i novè. Quan el part es presentava en

---

<sup>216</sup> Carbó, D., *op. cit.*, p. 47. "Pues el medico como medico debe todavía a restaurar la muger, porque perdiendose tambien se pierde la criatura, pues es la conclusión que en cualquier tiempo que se pueda salvar la muger y la criatura de debe hazer y mucho mas animo debe tener el medico si alguna autoridad de amosos doctores lo acompaña y muy mas la razon, porque las causas prohibitivas de la sagniasagnia en las mugeres preñadas afirman los doctores no ser sino por defecto del podrimiento."

<sup>217</sup> *Íbid.*, p. 57.

una altra època o amb la criatura col·locada d'alguna altra forma, llavors era considerat part dificultós.<sup>218</sup>

Tots els parts, tant els naturals com els dificultosos, poden presentar problemes en la seva assistència, aquestes dificultats eren atribuïdes al que l'autor anomena *l'extera*; és a dir, la placenta i les membranes en què està embolcallada la criatura.

Carbó considerava l'assistència al part com a tasca exclusiva de la llevadora, fins i tot quan els parts eren dificultosos i el fetus estava mal col·locat.

«Poden sortir moltes vegades els peus primer o algun braç, travessant-se el cap. La qual cosa s'ha vist moltes vegades.

Són casos aquests que volen molta habilitat de la llevadora retornant la criatura al seu lloc natural. D'altra forma és grandíssim el treball i requereix l'ajuda de Nostre Senyor Jesucrist. I per això s'han dit les condicions de la llevadora que ha de ser molt esforçada i enginyosa, que doni bon esforç a la prenyada amb paraules amoroses.

I si per ventura la criatura pel gran treball mor, com cada dia es veu, i és necessari amb la mà molt delicadament posar la criatura pel dret camí i si pogués amb la mà posar-li el dit a la boca, que tiri cap a fora a la criatura suaument i amb ingeni. I en temps de necessitat com diuen els doctors, treure'l a bocins i anar als capítols que segueixen més endavant. Doncs en el present capítol no tractem sinó que de les causes que fan ser dificultós el part».<sup>219</sup>

---

<sup>218</sup> *Íbid.*, p. 60.

<sup>219</sup> *Íbid.*, pp. 61-62. "Puede salir muchas veces los pies primeros o algun braço, atrvesandose la cabeça. La qual cosa muchas vezes se ha visto.

Son casos estos que quieren grande habilidad en la comadre bolviendo la criatura en su natural asiento. De otra manera es grandissimo el trabajo y requiere adjutorio grandissimo de Nuestro Señor Jesucristo. Y por esso fue dicho en las condiciones de la comadre que ha de ser muy esforzada et ingeniosa, que de buen esfuerço a la preñada con palabras amorosas.

En cas de presentar-se dificultat en l'extracció de la placenta, llavors ens trobem davant d'una de les situacions en què calia que la llevadora fes honor de la seva perícia i saber fer:

«Moltes vegades la secundina es reté després de la sortida de la criatura del ventre de la seva mare i comporta tant perill com la criatura ja morta quan es reté... Després la llevadora ha de sol·licitar i tenir lligat a la cama de la mare *l'intestí*,<sup>220</sup> faci algunes compresions al ventre, la faci esternudar, li provoqui el vòmit. I si la llevadora fos subtil i enginyosa, que posi la mà untada amb mantega o alguna altra cosa untuosa i la posi dins, i delicadament la intenti treure, sense treball».<sup>221</sup>

Com hem vist, per a Carbó, el part era una situació de risc i de perill, i per tant la seva assistència era una tasca en què la competència tècnica es convertia en imprescindible.

Els parts, sota el punt de vista de Carbó, tenien tendència a complicar-se, i no es podia deixar fer a la natura, sinó que en moltes ocasions les intervencions agressives, emprant tècniques ben apreses i entrenades es feia imprescindible. Aquesta difícil tasca li corresponia en exclusiva a la llevadora, que havia de tenir una bona preparació. La tasca de la bona llevadora era comparable, per a Carbó,

---

Y si por ventura la criatura por el grande trabajo muriere, como cada dia se ve, y es necesario con la mano muy delicadamente poner la criatura por drecho camino y, si pudiere el dedo ponerle en la boca, tire a fuera la criatura suavemente y con ingenio. Y al tiempo de la necesidad, como dizen los Doctores, sacarlo a pedazos y ocurrer a los capitulos que siguen adelante. Porque en el presente no tratamos sino de las causas que haze ser dificultoso el parto.”

<sup>220</sup> Suposem que es refereix al cordó umbilical, que queda visible a l'exterior, un cop ha nascut la criatura i abans que es desprengui la placenta.

<sup>221</sup> Carbó, D., *op. cit.*, pp. 69-70. “Muchas vezes la secundina se retiene despues de salida la criatura del vientre de su madre y trae tanto peligro como la criatura ya muerta quando se retiene. ..Despues la comadre sea sollicita de tener atado en la pierna el intestino, haga algunas compresiones en el vientre, haganla estornudar, provoquenla a vomito. Y si la comadre fuere subtil et ingeniosa, ponga la mano junta con manteca o cosa alguna untuosa y pongala dentro, y delicadamente tientenla para la sacar y no con trabajo.”

a la dels cirurgians, amb la diferència que tractaven les dones en el moment del part i no feien atenció als traumatismes o a les malalties quirúrgiques. Carbó considerava, però, que les llevadores a causa de la seva escassa preparació i falta d'habilitats específiques podien esdevenir una causa extrínseca del mal parir.<sup>222</sup> Per això va decidir-se a escriure, amb la voluntat de millorar la formació. Només en cas de mort del fetus, i després que la dona portés més de quatre dies de part, calia avisar el cirurgià, perquè llavors practiqués una fetotomia, i tragués el fetus mort, amb la finalitat de salvar la vida de la mare.<sup>223</sup>

### **3.6.- Un gir en la concepció ideològica del naixement: El part esdevé una situació patològica.**

Podem inscriure l'obra de Carbó en l'inici d'un nou pensament, en el qual el part deixa de ser un fet natural per esdevenir una situació de risc. Conseqüentment les cures que cal donar-hi deixen d'inscriure's en les cures d'atenció a la vida, i s'esdevenen cures de lluita contra les complicacions i en última instància contra la mort. La dona ha estat condemnada, a causa del pecat original, a parir amb dolor i treballs, i la natura, tot i la seva perfecció, pot desviar-se de la normalitat. El part és recollit dins el mateix paradigma que les malalties. Per a Damià Carbó, el professional que n'ha de tenir cura és la llevadora, no perquè confiï en el seu saber fer, sinó per la naturalesa de les pràctiques obstètriques, que són vistes com afers *lletjos* i indignes per a la classe mèdica.

Damià Carbó era un metge del Renaixement que creia fermament en la teoria presentada, com ja hem vist, en el *Pymander hermeneticum*, segons la

---

<sup>222</sup> *Íbid.*, p. 60.

<sup>223</sup> *Íbid.*, p. 69.

qual l'home esdevenia el llaç o vincle entre el cel i la terra. El pecat original havia deixat a l'home el poder d'actuar amb les seves pròpies forces sobre la natura, i per tant calia fer-ho en tots els camps i l'assistència al part no n'era una excepció.

En el text de Damià Carbó, l'assistència a la dona en el puerperi i les cures que calia donar a la criatura, després de néixer, ocupen un espai considerable. En cas que tot s'hagués desenvolupat de forma satisfactòria, i que mare i nadó estiguessin sans i estalvis, diu Carbó que la mare havia de tenir molta alegria «ja que aquest és el fi temporal per al qual la dona ha estat criada».

Després del part, s'havia de vestir la mare amb roba neta i mantenir-la amb les cames juntes, en un ambient tranquil, i ben caldejat, que estigués suaument perfumat. El text parla també dels esqueixaments perineals que es podien haver produït amb la sortida de la criatura;<sup>224</sup> per tal de guarir aquestes ferides donava diferents tractaments basats en apòsits fets amb aigua de roses, vi bullit o mirra. Tractava també de l'excés o defecte de pèrdues vaginals en el puerperi, l'obra s'estén en l'atenció a aspectes tan quotidians com la cura dels mugrons en cas de clivelles, el tractament de les mames a causa de la congestió i fins i tot fa esment al moment idoni per tal que la mare comenci a sortir a passejar, després del part.

La llevadora era qui havia de tenir cura de l'atenció al nadó després del part, per això li reconeixia set obligacions: tallar el cordó umbilical, rentar la criatura, comprovar l'obertura dels orificis naturals, la cura del melic fins a la caiguda, la forma i ordres que calia donar a les dides, l'elecció del lloc on s'havia de criar el nen i l'última es referia a totes les prescripcions necessàries per tal que l'alletament es desenvolupés de forma satisfactòria.

Per lligar el melic, igual que en el cas dels *Regimina sanitatis* de l'edat mitjana se seguia recomanant la llana retorta. D'acord amb Avicena, creia que el nadó tenia un excés de sensibilitat a la pell, i fins i tot els bolquers més fins

---

<sup>224</sup> Sobre aquest punt no s'hi trobava res escrit en cap dels textos comentats anteriorment.

podien molestar-li; per tal de disminuir aquesta sensibilitat descriu una sèrie de mesures que es practicaven en diferents contrades: des de banyar el nadó amb aigua freda, com diu que es feia a Alemanya o entre els gitanos d'Espanya, fins a les friccions de la pell del nadó amb sal gruixuda, o rentar-los amb vi; segons Carbó aquesta última era la pràctica preferida per les llevadores del regne d'Aragó. Era important que la llevadora efectués una revisió acurada dels orificis naturals, així com de la conformació física del nadó, aconsellava posar-li el dit moll amb vi i mel a la boca amb la finalitat de netejar-la. Aconsellava donar mel al nadó per tal que expulsés «allò negre i molt viscos». <sup>225</sup>

Aconsellava que les mares no donessin el pit als nadons els primers dies després del part, ja que estaven massa alterades; és per aquest motiu que era millor que fos una altra dona qui l'alletés; passat un mes des del part, llavors la llet de la pròpia mare era, per a Carbó, la més convenient perquè era aliment de la mateixa qualitat que aquell que l'havia nodrit durant la gestació. Però per tal que la mare pogués alletar amb garanties calia que es donessin un seguit de requisits: que la mare no tingués febre, ni qualsevol malaltia que pogués alterar la llet, que no es tornés a quedar embarassada durant l'alletament, per aquest motiu desaconsellava l'alletament matern a aquelles dones amb inclinació a la luxúria; que no fos iracunda, ja que en aquest cas la llet podria alterar-se, que tingués bons mugrons, aptes perquè els pogués xuclar la criatura. En cas que la mare no fos apta, per alguna de les causes esmentades, llavors calia escollir una bona dida, per fer-ho calia tenir en compte set condicions: l'edat, la bona figura física, els bons costums, la forma dels pits, la qualitat de la llet, el temps del part que havia de ser similar al del nen que havia d'alletar i el sexe del fill de la dida, sempre era preferible que fos de sexe masculí, ja que en aquest cas la llet era de millor digestió. També era desitjable que la dida hagués tingut un bon part i que la seva criatura no hagués mort a l'interior del ventre matern.

---

<sup>225</sup> Sens dubte es refereix a l'expulsió del meconi, que està a l'interior de l'intestí del fetus i que s'expulsa després del naixement.



### 3.6.1. El segon llibre. De les dificultats per aconseguir l'embaràs segons Carbó

El segon llibre, en l'obra de Carbó, presenta una extensió menor que el primer, i hi aborda les dificultats en la consecució de l'embaràs. En relació amb la generació de l'embrió, Carbó es fonamentava en les teories d'Aristòtil, i considerava que l'home aportava la substància activa: *el semen*, mentre que la dona només aportava la substància passiva: *la sang menstrual*.<sup>226</sup>

Per a Carbó, la impossibilitat d'aconseguir procrear comportava tristor, tant per a l'home com per a la dona, perquè no podien acomplir el disseny diví de multiplicar-se. Per tal d'intentar donar algun tipus de solució al problema, Carbó consultà les obres dels clàssics per explicar les causes de l'esterilitat i la infertilitat. En la seva obra Carbó distingeix entre causes extrínseques, és a dir, aquelles externes a la parella que poden impedir la concepció, com el clima, l'alimentació o l'exercici. Per a aquestes causes aconsellava clima temperat, alimentació equilibrada i exercici moderat. Més endavant, Carbó fa un repàs a altres causes que cataloga com a intrínseques i que afecten directament els òrgans reproductors masculins i femenins, i dóna diferents remeis per a cada una de les causes, la majoria es basaven en preparacions per prendre per via oral.

---

<sup>226</sup> De la lectura del text se'n desprèn que Carbó coneixia l'obra d'Hipòcrates *Sobre la naturalesa de l'infant*, així com tots aquells aforismes del *Corpus Hippocràticum* relacionats amb l'embaràs i el part, doncs en fa esment continuat al llarg de la seva obra, vid. Carbó, D., *op cit.* p. 56. Tot i això, quan Carbó aborda l'aportació masculina i femenina en la generació de l'embrió, no adopta la postura Hippocràtica, que defensa la doble aportació femenina, mitjançant la secreció espermàtica i la sang menstrual, sinó que es fonamenta en les teories d'Aristòtil, i defensa que la dona només aporta la sang menstrual.

### 3.7. El context d'assistència al naixement al segle XVI. El rol de mares i professionals

Durant el segle XVI, la majoria de la població a Europa pertanyia a un nivell socioeconòmic baix. La vida per a la majoria de la població no passava de ser una sòbria lluita per a la supervivència quotidiana. Els habitatges solien tenir una sola estança en la qual es desenvolupaven totes les activitats; fins i tot alguns treballadors de granja habitaven en estances que eren habitatges combinats construïts a l'efecte de ser compartits per les persones i els animals.<sup>227</sup>

Les classes mitjanes que sorgien a les ciutats: advocats, banquers o mercaders, vivien en cases de pedra lleugerament més grans, que en moltes ocasions disposaven de cambra, o dormitori, separada de la resta de l'estança. Només els rics podien viure en mansions, o espaioses cases de camp. Segurament eren els únics que tenien un llit amb vànoves i dossers, En aquests moments històrics els coixins només es consideraven necessaris per a les dones riques que estaven de part. Els servents d'aquestes mateixes mansions tenien sort si podien cobrir-se amb un llençol, ja que no era habitual que en tinguessin cap per separar el seu cos de les picors que els podia causar la palla que sortia a través de les lones dels seus matalassos. No resulta, per tant, gens difícil d'imaginar les condicions en les quals es desenvolupava el naixement i la seva assistència.

En les ciutats, les llevadores eren avisades per algú de la família, a mitja nit, o a l'hora en què es produís el part. La llevadora anava a peu, pels carrers foscos i bruts, carregada amb la seva cadira de parts, que serviria per efectuar les exploracions i assistència a la partera. El part s'atenia en el lloc de la casa que possibilités unes millors condicions, possiblement prop del foc, a causa del

---

<sup>227</sup> Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 81.

fred i la humitat habitual en les estances, només il·luminades amb la llum de les espelmes.

En els ambients rurals, la llevadora havia de fer llargs recorreguts, i per tant la família havia de pagar les despeses del transport, a més de pagar els serveis de la llevadora. Hi ha documents anglesos de final de segle XVI que il·lustren aquesta situació:

«Gastat per Richard Stones, quan va portar la llevadora de Wigan a casa i una nit que va estar fora, 22 penics vells. A la llevadora 12 penics vells».<sup>228</sup>

El naixement en les classes riques es desenvolupava en un ambient més agradable i els honoraris eren també millors. Alice Denis, que va atendre Anna de Dinamarca, esposa de Jaume I d'Anglaterra, va rebre 100 lliures quan va ajudar a venir al món a la princesa Mary, l'any 1605.

Les condicions de vida eren precàries i els coneixements sanitaris tant de llevadores com de cirurgians, escassos. En aquestes circumstàncies la mortalitat materna i fetal era alta, i el naixement era un moment temut per a la majoria de les dones.

---

<sup>228</sup> Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, pp. 82-83. “ Gastado por Richard Stones, cuando trajo a la comadrona de Wigan a casa y una noche que estuvo fuera, 22 peniques viejos. A la comadrona, 12 peniques viejos.”



## 4. Segle XVII. La maternitat entre llums i ombres

L'avanç de la física durant el segle XVII orientà la recerca mèdica. La recerca de l'estudi de les funcions de l'organisme es fonamentarà en la física i, a poc a poc, l'estudi de la fisiologia adquirirà centralitat reclamant situar-se com una ciència central i no es conformarà ocupant un lloc auxiliar en les ciències mèdiques. L'interès per l'anatomia, propi del segle anterior, queda en segon terme. L'estudi de les funcions fisiològiques en els éssers humans esdevé el centre d'interès de les ciències mèdiques. Es van iniciar observacions aïllades, però acurades de l'aparell cardiovascular, respiratori, digestiu, reproductor, etc. i s'utilitzà en l'explicació dels processos orgànics de la persona un racionalisme que utilitzava la deducció per tal d'integrar tota la fisiologia en una sola doctrina. Varen ser molt influents els estudis de psicologia i les experiències biològiques de Descartes, qui en el seu *Discurs del mètode* (1637) partia del coneixement objectiu d'alguns fenòmens per intentar deduir les causes i les lleis de la naturalesa.<sup>229</sup> Tanmateix, l'aplicació de tots aquests nous coneixements varen donar lloc al naixement d'un corrent mèdic basat en la iatromecànica, en front del corrent químic, que com hem vist havia començat a desenvolupar-se en el segle anterior.

---

<sup>229</sup> Vid., Guerra, F., *op. cit.*, p. 342.

#### 4.1. L'estudi de la reproducció. William Harvey i Regnier de Graaf

Un dels grans investigadors de la fisiologia humana del segle XVII va ser William Harvey (1578-1657), que ha esdevingut especialment famós pels seus estudis sobre la circulació de la sang i és conegut com el fundador de la fisiologia. El treball mestre de Harvey sobre el cor i la circulació sanguínia fou publicat per primera vegada a Frankfurt l'any 1628. Harvey dedicà també part de la seva tasca de recerca a l'estudi de la reproducció. La seva recerca en aquest camp el portà a publicar el seu llibre *Exercitationes de generatione animalium*, publicat l'any 1651; aquest llibre fou escrit en llatí i publicat originàriament a Amsterdam. En la portada constaven els seus títols com a professor d'anatomia i cirurgia en el Col·legi de Medicina de Londres.<sup>230</sup> En aquest llibre Harvey estudià la reproducció basant-se en l'estudi dels ovípars i els mamífers. La seva lectura ofereix excel·lents descripcions del desenvolupament de l'embrió de pollastre i de les disseccions de l'úter de la cérvola en diferents etapes de l'embaràs. No va poder, però, confirmar la funció del semen del gall en la fecundació dels ous de gallina, i no va aconseguir el coneixement de la reproducció sexual.

En el seu llibre hi ha també un *additamenta* dedicat a l'obstetrícia, i que porta per títol *De partum*, on Harvey recomanava paciència i cura en l'atenció a la partera. El precepte principal de Harvey es basava a esperar que la naturalesa actués i intervenir tan sols si era estrictament necessari. Les seves propostes d'intervenció per als casos difícils consistien en la versió podàlica i l'extracció de natges.<sup>231</sup> Harvey va treballar sempre com a metge, i va ser metge personal del rei Carles I. No va mostrar cap interès en l'assistència directa a les

---

<sup>230</sup> Vid. O'Down, M. J., i Philipp, E. E., *op. cit.*, p. 525.

<sup>231</sup> Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 90.

dones com a obstetra. L'assistència pràctica a la procreació era encara una tasca femenina, considerada indigna pels metges.

Inicialment, Harvey fou fins i tot contrari a publicar el seu treball sobre els òrgans reproductors, ja que no ho considerava un tema d'interès científic, però finalment es va deixar persuadir i va donar el manuscrit al doctor Ent, el qual va fer possible la seva publicació l'any 1651, i més tard fou traduït a l'anglès, l'any 1653. Es considera que les modernes tècniques de monitorització de la freqüència cardíaca fetal es fonamenten en el treball de Harvey; encara que va ser necessari el descobriment l'any 1775 de la naturalesa de l'oxigen per part de Lavoisier per tal de poder desenvolupar els sofisticats mètodes moderns.

Un altre autor important en matèria de l'estudi de la reproducció va ser Regnier de Graaf (1641-1673), que va néixer a Holanda i després d'estudiar en el seu país natal i a França començà a practicar a Delft. El seu llibre *De mulierum organis generatione inservientibus*, publicat l'any 1672, contenia una descripció detallada de l'aportació sanguínia a la pelvis, del sistema limfàtic de l'úter, de l'estructura del clítoris i de l'estructura de l'ovari. De Graaf va fer una detallada descripció del cos luti que va denominar *substància glandulosa* i també féu el primer descobriment de l'òvul dins la trompa.

## 4.2. L'atenció al naixement en el segle XVII

L'atenció directa a les dones en l'embaràs i el part, a l'inici del segle XVII, estava en mans de les llevadores i algunes d'elles, com Louise Bourgeois (1564-1610), varen brillar amb llum pròpia. També va ser una llevadora reconeguda Jane Sharp, que va escriure el llibre *The midwife's book*, publicat a Londres l'any 1671. Però finalment les llevadores varen ser progressivament apartades per cirurgians, i a França sorgiren, a poc a poc, els *accocheurs* o homes dedicats a

l'assistència al part normal; aquesta entrada masculina que es va iniciar tímidament a França, es va anar estenent a altres països, especialment a Anglaterra.

El paper dels cirurgians va ser molt destacat en el camp de l'assistència al part durant el segle XVII; entre els cirurgians de més renom d'aquest període podem citar la família Chamberlain, per la seva invenció i introducció del fòrceps obstètric, i molt especialment el cirurgià del Col·legi de Sant Cosme de París, François Mauriceau (1637-1709), que va publicar el seu llibre *Traité des maladies de femmes grosses et accouchés* (1668), el qual va tenir un fort impacte en el desenvolupament posterior de la ciència obstètrica.<sup>232</sup>

#### 4.2.1. Louise Bourgeois, filla adoptiva de Fenareta

«Trobant-me embarcada amb la família, carregada de fills, embromada per la guerra i la pèrdua dels béns, la sàvia Fenareta, mare del gran filòsof Sòcrates, es va apiadar de mi, em va consolar i aconsellar d'abraçar aquestes ciències, representant-me que totes les coses m'anirien bé, si la creia. Que gràcies a ella, doncs jo seria la seva filla adoptiva, tots els deixebles del seu fill Sòcrates em serien favorables».<sup>233</sup>

---

<sup>232</sup> Per conèixer els noms més importants de l'obstetrícia del segle XVII es pot consultar Gerra, G., *op. cit.*, pp. 381-382.

<sup>233</sup> Bourgeois, L., Instruccions à ma fille, a *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instruccions à ma fille; 1609* ; París, Côté-femmes ed, 1992, p.174. “Me trouvant embarquée dans un ménage, chargée d'enfants, accablée de guerre et de perte de bien, la sage Phanerote, mère de ce grand philosophe Socrate, prit pitié de moi, me consola et conseilla d'embrasser ses sciences, me représentant que toutes choses concourraient à bien.”



D'aquesta forma inicia la llevadora Louise Bourgeois un llibre d'instruccions destinat a la seva filla, la qual també havia escollit l'ofici de llevadora seguint la tradició de la seva mare.

Louise Bourgeois aconseguí ser la llevadora de més alt rang de França, ja que assistí la reina Maria de Mèdicis, en el naixement dels seus sis fills. Louise va néixer l'any 1563 a París, era filla d'una família burgesa, del barri parisenc de Saint-Germain. El 30 de desembre de 1584 va contraure matrimoni amb Martin Boursier, originari de Tours, i cirurgià barber de l'exèrcit del rei de França. Martin Boursier havia estat alumne, durant molts anys, d'Ambroise Paré.

Després del matrimoni, Louise i els seus tres fills van seguir convivint amb la família materna, possiblement a causa dels constants viatges que el marit havia de fer, com a conseqüència del seu càrrec en l'exèrcit. El 31 d'octubre de 1589, l'atac d'Enric de Navarra durant la guerra dels tres enrics, a la ciutat de París, va canviar radicalment la vida de Louise Bourgeois. El marit estava servint l'exèrcit en plena campanya bèl·lica. El pare de Louise havia mort i a París Louise es convertí en la responsable d'una família de cinc membres: tres fills, la seva mare i ella mateixa. En el seu refugi la família va patir saqueig i va perdre pràcticament totes les seves pertinences. Arruïnada, Louise Bourgeois es va veure obligada a vendre els pocs objectes de valor que li quedaven, i es posà a treballar confeccionant brodats, per poder tirar endavant la família. D'aquesta forma varen malviure fins a finals de la guerra.

El marit de Louise tornà a casa l'any 1595, el mateix any en què Enric IV entrava victoriós a París. Llavors la família va decidir anar a Tours confiant que allà trobarien clientela suficient per tal que Martin pogués exercir i guanyar-se la vida com a cirurgià.

Però malauradament el nombre de cirurgians que oferien els seus serveis era molt alt, i la potencial clientela no tenia suficients diners per poder pagar els

serveis dels cirurgians. Davant les dificultats, la família retornà a París i va ser llavors quan Louise va decidir convertir-se en llevadora.<sup>234</sup>

«Una honesta dona que havia assistit el naixement dels meus fills, i que m'apreciava, em va persuadir per tal que aprengué de llevadora, el cor li deia que si jo n'aprenia em convertiria en poc temps en la primera de tot l'estat, que el meu marit, que havia estat vint anys amb Ambroise Paré, podria ensenyar-me moltes coses».<sup>235</sup>

A l'inici del segle XVII, la situació de les llevadores a França era força diferent a la ciutat o al camp. A províncies, a les llevadores no se'ls demanava cap tipus de formació. Moltes vegades, la llevadora era escollida entre les dones del poble. El diumenge les dones es reunien a la sagristia de l'església del poble, sota la presidència del sacerdot, i designaven aquella que consideraven més capacitada; el criteri acostumava a basar-se en el major nombre de fills nascuts sense problemes aparents.

L'any 1653, quan va néixer Louise Bourgeois, acabava el Concili de Trento. L'Església Catòlica va entrar en lluita contra la Reforma i encarregà a les llevadores la tasca de declarar al capellà del poble cadascun dels naixements que es produïen. A França era condició inexcusable que la llevadora fos bona catòlica, i la professió era prohibida a les dones protestants. A aquesta època la quasi totalitat dels naixements tenien lloc a casa. Hi havia hospitals a les ciutats, que eren institucions regides per ordres religioses que donaven assistència caritativa, acollien les dones pobres en el moment del part; el més important a

---

<sup>234</sup> Per conèixer els detalls de la vida de Louise Bourgeois es pot consultar: Sheridan, B., *De parto: La medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois a Cabre, M., Ortiz, T., op. cit.*, pp. 143-164; així com Olive, F., *Prefaci a Bourgeois, L., op. cit.*, pp 8-25.

<sup>235</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, p. 15. « Une honnête femme qui m'avait accouché de mes enfants, qui m'aimait, me persuada d'apprendre à être sage-femme, le cœur lui disait que si je l'entreprenais je serais en peu temps la première de cet état, que mon mari, qui était resté vingt ans avec Ambroise Paré, pourrait beaucoup m'apprendre. »

França era l'Hotel Dieu de París, que ja des del segle XIII disposava d'una sala per acollir les parteres dirigida per una llevadora, hereva d'aquella Juliette la Ventrière,<sup>236</sup> ja anomenada en aquest treball, que va exercir a partir de 1378.

A París, a la fi del segle XVI la professió de les llevadores estava organitzada. L'any 1580 es va promulgar un estatut de 24 articles amb la finalitat d'organitzar la comunitat de llevadores parisenses, composta per una seixantena de professionals. Sota el patronatge de Sant Cosme i Sant Damià, com els cirurgians, les llevadores tenien l'obligació de visitar un cop l'any l'església dels seus patrons.

Els articles de l'estatut obligaven les llevadores a assistir a totes les dones, independentment de la seva posició social i econòmica. Abans d'instal·lar-se les llevadores havien de donar a conèixer a les autoritats la seva adreça, el seu estat civil, les dades més importants de la seva vida, així com amb quina llevadora havien realitzat el seu aprenentatge. No hi havia cap curs oficialment reconegut per a l'aprenentatge, aquest era exclusivament pràctic, i es feia al costat d'una llevadora reconeguda, durant un període de sis mesos a dos anys. Un cop l'any el cirurgià de *le Châtelet* dissecava un cos d'una dona i les llevadores eren convidades a assistir-hi, per tal de conèixer l'anatomia femenina.

Abans de poder exercir havien de superar un examen davant d'un jurat compost per un metge, dos cirurgians i dues llevadores jurades *du Châtelet*. Un cop superat l'examen podien posar a la porta de casa seva la insígnia que les acreditava com a llevadores, i que consistia amb un gravat amb la figura d'una llevadora portant un nadó als braços o bé un petit bressol acompanyat d'una flor de lis. A partir d'aquest moment s'havien de comportar segons el codi ètic de la professió: en qualsevol circumstància la llevadora s'havia de comportar de forma honesta i virtuosa; no podien criticar-se mútuament, ni proferir injúries les unes contra les altres. Tenien també l'obligació de denunciar qualsevol dona que exercís l'ofici sense autorització.

---

<sup>236</sup> De l'existència d'aquesta llevadora ja n'hem fet esment en el present treball, vid., p. 129.

La llevadora només podia tocar les seves pacients després de treure's els anells de les mans i haver-se-les rentat. Si el nen es presentava en una posició que no fos de cap o de peus, calia que la llevadora avisés un cirurgià o un metge, o en tot cas una llevadora reconeguda i experimentada, amb capacitat per resoldre la situació. Tenien prohibit practicar avortaments, sota pena de mort. No podien assistir cap dona sense avisar-la del deure cristià de donar baptisme als seus fills; i en cas de considerar que el nadó no viuria fins al dia del baptisme, elles mateixes eren les encarregades de practicar-lo. Si un nadó era abandonat, mort o viu, al cementiri dels Sants Innocents, al carrer, o a *le Châtelet*, les llevadores eren avisades, per tal d'intentar reconèixer de qui era fill. Tenien prohibit realitzar exàmens de virginitat, de malalties, o fer un diagnòstic d'embaràs, sense notificar-ho al metge o a un dels cirurgians *du Châtelet*. Era obligació de les llevadores tenir cura d'una còpia escrita dels estatuts de la professió, que tenien el deure de guardar en el seu domicili. Hi havia un registre de totes les llevadores jurades de la ciutat. L'any 1601, aquesta llista contenia seixanta noms, que hi eren inscrits per ordre d'antiguitat. La més antiga era Claire Bellanger, que estava inscrita des de 1567, i la més nova era Agnès Marcel, inscrita el mateix any 1601. Les dues llevadores jurades *du Châtelet* eren Marguerite Thomas, anomenada *Dupuy*, i Péronne Boyadan.<sup>237</sup>

Louise Bourgeois va ser inscrita en aquesta llista de llevadores jurades el 12 de novembre 1598. Quan Louise va decidir convertir-se en llevadora, va estudiar les obres mèdiques d'Ambroise Paré, que les tenia al seu domicili, ja que formaven part de la biblioteca del seu marit; començà a practicar l'obstetrícia atenent parts de dones pobres i de classe mitjana, durant un període de cinc anys; llavors considerà que estava prou ben preparada per tal de presentar-se davant del tribunal de París, per obtenir la llicència.

---

<sup>237</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, pp. 14-15.

L'any 1598, la junta que examinava les aspirants estava constituïda per un metge, dos cirurgians i dues llevadores, aquestes eren les llevadores jurades *du Châtelet*; les ja anomenades Dupuis i Péronne. Bourgeois, explica:

«Elles m'interrogaren sobre la vocació del meu marit. I en saber-ho varen deixar clar que no volien acceptar-me, almenys la senyora Dupuis, que va dir a l'altra: "Com que és l'esposa d'un cirurgià; congeniarà tan bé amb els metges com els lladres amb les fires. Hem d'acceptar solament les esposes dels artesans; ja que aquests no entenen res dels nostres assumptes».<sup>238</sup>

Tot i que ella s'havia format com a llevadora, era vista pel col·lectiu com a representant i partidària de metges i cirurgians. Però a pesar de l'opinió de la senyora Dupuis, Bourgeois va aprovar l'examen i li va ser atorgada llicència de llevadora. Louise exercí com a llevadora jurada durant tres anys a París. L'any 1601 la reina Maria de Mèdicis es quedà embarassada del seu primer fill. El món de les llevadores es revolucionà per tal d'intentar obtenir el lloc de llevadora de la reina. Enric IV era ja pare de tres fills il·legítims que li havia donat la seva amant Gabrielle d'Estrées, la qual havia estat assistida en els seus parts per la senyora Dupuis, enemiga de Louise Bourgeois, des de la seva recepció com a llevadora jurada. El rei nomenà la senyora Dupuis llevadora de la reina, però aquest nomenament no va complaure Maria de Mèdicis, a causa de l'avançada edat de Dupuis i el seu mal caràcter. Llavors Du Laurens, metge personal de la reina inicià la cerca d'una llevadora més jove i jovial, que pogués substituir Dupuis, si la reina persistia a rebutjar-la. Louise Bourgeois, ignorem si senzillament per poder prosperar, o senzillament per venjar-se de la senyora Dupuis, va fer-se

---

<sup>238</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, p. 16. "Elles m'interrogèrent de quel métier était mon mari. En le sachant, elles ne voulurent pas, me recevoir, surtout madame Dupuis qui disait à l'autre : « Puisqu'elle est la femme d'un chirurgien, elle s'entendra avec les médecins, comme coupeurs de bourse en foire. Il ne nous faut recevoir que des femmes d'artisans qui n'entendent rien a nos affaires »

presentar a la reina durant un convit que es realitzà a l'Hotel de Gondi. Una germana de llet de la reina va actuar com a medidora, per tal que la reina volgués conèixer una llevadora jove, jovial i competent. La reina va decidir-se per Louise i així ho va fer saber al rei, abans de partir cap a Fonteneblau, on havia d'infantar.

El 28 de setembre de 1601 Louise Bourgeois va assistir el naixement de Lluís XIII. El naixement d'un fill legítim del rei de França que donés continuïtat a la dinastia, després de l'anul·lació matrimonial de l'enllaç d'Enric IV amb la nimfòmana Margarita de França, i la mort durant el seu quart embaràs de Gabrielle, amb qui el rei no va poder celebrar matrimoni, no era tan sols una qüestió familiar, sinó fonamentalment una qüestió d'estat. Per tant, el naixement del que posteriorment seria Lluís XIII, es convertí en un afer públic.

Louise Bourgeois va continuar com a llevadora de la Cort, fins a l'any 1626. Durant aquest temps va assistir la reina en el naixement dels seus sis fills, i va escriure diferents llibres. Entre l'obra escrita per Louise Bourgeois trobem un manual per a llevadores en tres volums, que porta per títol: *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*, seguit d'un opuscle titulat *Instructions à ma fille*; Bourgeois va escriure més llibres, en els quals descrivia en forma de relat el part dels infants de França: «Récit véritable de la naissance de messeigneurs et dames les enfants de France. Avec les particularités qui ont été, et pouvaient être remarquées».

Una lectura de l'obra de Louise Bourgeois, especialment del llibre *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*, ens pot orientar per conèixer el nivell professional de Bourgeois i descobrir si hi havia diferència entre l'enfocament de l'obstetrícia per part de metges i llevadores.

#### 4.2.2.1. L'obra obstètrica de Louise Bourgeois

Louise Bourgeois dedicà el seu llibre a la reina Maria de Mèdicis i en el text de la dedicatòria podem llegir:

«...Jo sóc la primera dona en el meu art que es posa la ploma a les mans, per descriure el coneixement que Déu m'ha donat, tant per fer conèixer les faltes que es poden cometre, com els mitjans més apropiats per al bon exercici».<sup>239</sup>

Podem considerar Bourgeois la primera llevadora que mostrà interès a deixar constància escrita dels seus coneixements obstètrics; fins aquest moment les llevadores eren essencialment pragmàtiques, mancades de formació teòrica i moltes d'elles no sabien ni tan sols escriure. Bourgeois representa l'inici de professionalització de les llevadores.

Les qüestions que se'ns plantegen són: l'obra de Bourgeois es pot comparar a l'obra obstètrica de metges i cirurgians? Des de quin paradigma planteja i aborda el fet reproductiu? Les cures que prescriu són aquelles que hem anomenat com *de cuidar la vida*, de les quals en trobem un exemple en l'obra de Sorà d'Efes, on es prescriu un estil de vida adequat a l'harmonia del cos, i unes cures suaus, o bé l'obra de Louise podem catalogar-la com una obra encaminada a la lluita contra la malaltia i la mort amb descripcions de totes les possibles patologies i cures enèrgiques per tal de superar les complicacions i patologies?

Intentarem donar resposta a aquestes preguntes basant-nos en l'examen del seu llibre *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés*. La primera

---

<sup>239</sup> *Íbid.*, p.29. "... je sois la première femme de mon art qui met la plume en main pour décrire la connaissance que Dieu me'n a donné, tant pour faire connaître les fautes qui s'y peuvent commettre, que les moyens plus propres, pour le bien exercer".

edició del llibre data de 1609, i l'obra va ser reeditada l'any 1642 i de nou l'any 1652. Va tenir un èxit important, ja que fou traduïda a l'alemany l'any 1644, i a l'holandès l'any 1658. Com hem mencionat, les llevadores de l'època no acostumaven a tenir una formació de caire teòric, i per altra banda els cirurgians i metges, autors dels manuals obstètrics, no disposaven de cap tipus d'experiència pràctica. Louise Bourgeois compaginà les dues vessants, ja que s'inicià en l'obstetrícia estudiant l'obra d'Ambroise Paré *De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfants hors du ventre de la mère* i després es dedicà a la pràctica obstètrica continuada mitjançant l'assistència al part de dones pobres i de classe mitjana, per finalment ascendir al més alt de la professió, i convertir-se en llevadora reial i donar assistència als sis parts de la reina Maria de Mèdicis.

La lectura de l'obra ens fa pensar que Louise la va escriure per millorar la pràctica de les llevadores, ja que en un gran nombre de capítols fa clar èmfasi a com cal que la llevadora afronti aquesta situació o aquella; no podem descartar, però, que la seva obra anés dedicada també als cirurgians i metges que volguessin conèixer millor tots els fets relacionats amb la fertilitat, l'embaràs i el naixement. En la introducció de l'obra podem llegir:

«El naixement, doncs, d'aquest llibre, prova de la meva pràctica, és una escola on la medicina casada amb l'art de la llevadora mostra a tothom els admirables efectes de la seva divinitat».<sup>240</sup>

*Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés* s'estructura en tres llibres. El primer es divideix en cinquanta capítols; els tres primers tracten superficialment el problema de l'esterilitat i les causes, tant masculines com femenines; més interessants resulten els deu capítols següents que tracten

---

<sup>240</sup> *Íbid.*, p. 31. “La naissance donc de ce livre, échantillon de ma pratique, est une école où la médecine mariée à l'industrie de la sage-femme apprend à chacun les admirables effets de sa divinité.”



sobre l'embaràs. En els capítols que s'estenen del novè al dissetè tracta de les qüestions relacionades amb el treball de part; a partir del capítol divuitè i al llarg de deu capítols escriu sobre els problemes i patologies que poden succeir en el puerperi, i del capítol vint-i-nou fins al final, fa menció a les qüestions relacionades amb la cura del nadó, així com la tria de la dida.

Entre els temes relacionats amb les patologies de l'embaràs, podem destacar especialment el capítol sisè que tracta sobre l'assistència a l'amenaça de part preterme; en aquest punt aconsella una sèrie de remeis i beuratges per a aquelles dones que presenten molèsties, però que encara no estan en fase activa de part, per tal d'intentar que aquest no es desencadeni. En canvi, si la llevadora és avisada quan el part està ja avançat, aconsella una actitud expectant i recomana enèrgicament no efectuar tactes vaginals, fins que la bossa de les aigües no es trenqui de forma espontània:

«Jo li aconsello que ella la tacti poc abans que les aigües s'hagin trencat, ja que si es trenquen mentre ella (la llevadora) té la mà, l'acusaran d'haver provocat el part».<sup>241</sup>

En el llibre de Bourgeois està descrit per primera vegada el prolapse de cordó umbilical; l'autora destaca la importància de retornar el cordó a l'interior de l'úter. Aquesta descripció podem trobar-la en el capítol vuitè, el qual tracta sobre «els naixements a terme, o els nens que no es presenten correctament, i de quantes maneres es poden presentar els nens, que són dotze».<sup>242</sup> En relació amb el prolapse del cordó umbilical podem llegir-hi:

«El més dolent és quan el nen es presenta amb el llombrígol per davant, tenint el ventre, i els braços i les cames darrere. És un

---

<sup>241</sup> *Íbid.*, p. 66. « Je lui conseille qu'elle la touche peu avant que les eaux soient percées, d'autant que si par malheur elles se perçaient pendant qu'elle y a la main, l'on l'accuserait d'avoir fait accoucher la femme ».

<sup>242</sup> *Íbid.*, pp. 66-71.

naixement del qual hi ha pocs nens que puguin sobreviure..., és al més aviat possible que s'ha de remetre el llombrícol dins el cos de la mare, és necessari fer-ho; però si la llevadora no hi és en trencar-se les aigües, és ben perillós ja que el nen haurà mort abans que ella arribi... Cal tornar a introduir el llombrícol, situar la mare travessada al llit, el cap i els ronyons ben avall, amb la fi de fer tornar a introduir allò que es presenta del nen».<sup>243</sup>

En aquest vuitè capítol també hi ha descrita la presentació de cara. Bourgeois va ser també la primera autora a descriure-la,<sup>244</sup> assenyalant que no s'havia d'interferir el descens de la presentació, si aquesta s'acomodava correctament al canal del part. Fins a Bourgeois havíem trobat descrites en els llibres d'obstetrícia la presentació de cap, dempeus o amb el fetus travessat, o de costat; però la llarga experiència pràctica de Louise fa que sigui capaç de citar fins a dotze presentacions diferents del fetus en el canal del part; així s'hi troben citades: I) La presentació primera del cordó umbilical, amb el nen entravessat, II) La presentació de costat, amb les secundines per davant, III) La presentació d'espatlles, IV) Quan en primer lloc es presenta un braç, V) Quan es presenten les dues mans, VI) Quan es presenten els peus per davant, VII) Quan el nen ve amb el cul davant, VIII) Quan en una presentació cefàlica, el cordó umbilical està prop del cap i aquest es pot prolapsar, en trencar-se la bossa de les aigües, si el cap encara no s'ha encaixat a la pelvis. En aquest cas aconsella que la dona no es mantingui dempeus o asseguda durant la dilatació, per tal d'evitar aquest

---

<sup>243</sup> *Íbid.*, p. 66. "Le plus mauvais est quand l'enfant se présente le nombril devant, ayant le ventre au passage, et les bras et jambes en arrière. C'est un accouchement d'où il y a peu d'enfants qui en puissent échapper...., c'est que le plus promptement que l'on peut remettre le nombril dedans le corps de la mère, il le faut faire; mais si la sage-femme n'est au percer des eaux, il est bien dangereux que l'enfant ne soit déjà mort lorsqu'elle arrive,...Il faut remettre le nombril, situer la femme au travers du lit, la tête et les reins fort bas, afin de faire rentrer ce qui se présente de l'enfant".

<sup>244</sup> O'Dowd, M.J., i Philipp, E. E., *op. cit.*, p. 142.

accident,<sup>245</sup> IX) La presentació en què la mà del fetus està per davant del cap, X) Quan el fetus es presenta de cara, fet que pot confondre la llevadora i pensar que es tracta d'una presentació de natges, XI) Quan el cap es presenta més d'un costat que de l'altre,<sup>246</sup> XII) Quan el naixement és de cap, normal, però en haver sortit el cap es descobreix que porta dues, o tres, o fins i tot quatre voltes de cordó al coll i que, per tant, impedeixen que el cos pugui sortir fàcilment; en aquest cas explica que cal tallar el cordó i alliberar el coll, per tal que el nadó pugui avançar pel canal del part.

En el novè capítol fa esment a una de les qüestions obstètriques que encara planteja problemes de decisió terapèutica actualment: la ruptura prematura de la bossa de les aigües; Bourgeois descriu casos concrets de dones que havien trencat aigües dotze, vuit, sis o quatre dies abans que el part esdevingués. Les seves observacions la porten a l'afirmació que si el treball de part no s'inicia en un lapse de temps de dues o tres hores després del trencament de les aigües, llavors sol endarrerir-se vint-i-quatre hores, que en alguns casos poden convertir-se en quatre, sis, vuit, dotze... dies. En contra de l'opinió general del moment que afirmava que en aquests casos el fetus estava en perill, ja que en perdre les aigües quedava en un medi absolutament sec, Bourgeois afirmà que ella havia pogut comprovar que després de dotze dies de ruptura de la bossa amniòtica, encara hi havia suficient líquid per tal de mantenir humit el canal del part en el descens del fetus. En aquests casos prescrivia que

---

<sup>245</sup> Aquesta recomanació continua vigent a l'actualitat; doncs en cas que una dona presenti dilatació del coll de l'úter, durant el treball de part, i la presentació cefàlica es trobi molt alta, sense que estigui encaixada, formant-se per tant la bossa de les aigües; es desaconsella que la dona deambuli, doncs amb el trencament espontani de la bossa amniòtica la sortida de les aigües poden arrossegar el cordó umbilical i aquest queda atrapat entre el cap i la pelvis, i llavors produir-se l'asfíxia i patiment fetal.

<sup>246</sup> Aquest fet és el que en l'obstetrícia actual s'anomena asinclitisme.

la dona es quedés al llit, perfectament coberta i en una habitació tancada, esperant l'hora que Déu iniciés el treball de part.<sup>247</sup>

Recomanava que en l'atenció al part la llevadora no trenqués la bossa de les aigües, ja que es corria el perill de prolapse del cordó umbilical o de prolapse d'una mà o un peu; en canvi sí que recomanava els banys amb aigua tèbia i la utilització de liniments per afavorir que fos el mateix fetus el que en el seu descens pel canal del part trenqués de forma espontània la bossa amniòtica.<sup>248</sup>

En el capítol dotzè fa esment a l'atenció al part de bessons, on recomanava que si després del naixement del primer fetus es comprovava que el segon estava mal col·locat i, per tant, es feia difícil la seva sortida de forma espontània, en aquest cas era necessari trencar la bossa amniòtica del segon fetus i agafar-lo pels peus, per tal d'extraure'l manualment.

«Si el segon ve malament, s'ha de procedir a trencar les aigües i agafar-lo (el fetus) pels peus, ja que ell ha fet tots els esforços per néixer el primer, però a causa de la postura en què està situat no s'ha pogut moure, fer perllongar el treball és més perjudicial que profitós».<sup>249</sup>

Tracta també de forma àmplia la qüestió del deslliurament, és a dir, la sortida de la placenta, i els problemes associats a la seva retenció a l'interior de l'úter després de la sortida del fetus. Seguint amb la tradició iniciada per Hipòcrates, recomanava la provocació del vòmit en aquells casos en què hi havia dificultat en l'expulsió placentària.

---

<sup>247</sup> No fa esment a cap cas de presència de febre (signe d'infecció) en aquests casos. La infecció del líquid amniòtic (amnionitis), després de trancada la bossa, és el perill principal que presenten els parts en els que es produeix aquesta ruptura prematura de la bossa de les aigües.

<sup>248</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, p. 72.

<sup>249</sup> *Íbid.*, p. 76. "Si le second vient mal, il ne faut pas laisser de rompre ses eaux et l'amener par les pieds, car il a fait tous ses efforts de venir le premier, tellement qu'en la posture qu'il est demeuré il ne s'en peut changer, le prolonger lui est plus nuisible que profitable."

Totes les qüestions referides al puerperi estan recollides, com ja hem comentat, en els capítols que s'estenen entre el divuit i el vint-i-vuit . En el capítol vint-i-tres tracta de tots aquells problemes relacionats amb l'alletament; des de la forma de provocar la retirada de la llet, en aquelles dones que no volien o podien alletar, fins als remeis més adequats per tal de tenir cura de les clivelles o retencions de llet en els pits. És interessant remarcar que Louise Bourgeois recomanava una individualització dels tractaments, ja que no totes les dones necessitaven el mateix tipus de prescripció:

«Hi ha grans cuidadores de parteres a París que no coneixen més que un sol remei que recomanen a tot tipus de dones, com una mateixa sella a tots els cavalls».<sup>250</sup>

En els llibres segon i tercer, Bourgeois fa esment a casos particulars, curiosos, o poc habituals, que havia conegut al llarg de la seva experiència professional i explica com s'havien resolt. Com a exemple d'aquests casos podem citar-ne un que trobem en el tercer llibre, i que porta per títol «L'opinió comuna que cal fer passejar les embarassades en el setè mes de la seva gestació i dels accidents que se'n poden devenir».<sup>251</sup> En aquest cas Louise explica, fent referència als autors clàssics,<sup>252</sup> els esforços que fa el fetus de set mesos de gestació, per tal de sortir del ventre de la mare. Segons Bourgeois, si la dona feia exercici durant el setè mes de gestació, el cap del nen podia quedar atrapat a l'interior de la pelvis, i la irrigació cerebral del fetus se'n ressentiria;

---

<sup>250</sup> *Íbid.*, p. 88. “Il y a beaucoup de gardes d'accouchées à Paris, lesquelles n'ont qu'un remède qu'elles appliquent à toutes sortes de femmes, comme une selle à tous chevaux.”

<sup>251</sup> *Íbid.*, pp. 141-144. “Sur l'opinion commune qu'il faut faire fort promener une femme grosse sur le septième mois de sa grossesse, et les accidents qui en peuvent arriver”.

<sup>252</sup> La teoria segons la qual el fetus de set mesos de gestació fa esforços per tal de sortir a l'exterior la trobem en el llibre *Naturalesa de l'Infant*, dins el Corpus Hippocràticum. Aquesta cita per part de Bourgeois ens demostra que era una bona coneixedora de l'obra obstètrica clàssica.

aquest fet afavoriria que el fetus podés morir durant el treball de part i, en aquests casos, la mare acusaria la llevadora d'haver causat la mort del fetus durant els exàmens vaginals, quan la vertadera causa estaria en l'exercici físic que la mateixa dona havia fet durant el setè mes de gestació que hauria facilitat el descens de la presentació cefàlica, a l'interior de l'excavació de la pelvis.<sup>253</sup>

#### **4.2.2.3. Les cures d'atenció a la vida en l'obra de Louise Bourgeois**

Fins aquí hem recollit una sèrie d'aspectes que podrien fer pensar en el llibre de Louise Bourgeois com un text de patologia obstètrica, similar a aquells que escrivien els metges i cirurgians. Bourgeois es va formar des del punt de vista de la vessant teòrica gràcies a les obres del cirurgià Ambroise Paré. Fou, per tant, hereva de la tradició obstètrica dels països mediterranis, que com hem citat anteriorment prenia com a base l'obra ginecològica hipocràtica, amb les incorporacions dels autors àrabs. Però podem preguntar-nos: la pràctica continuada de Bourgeois al costat de les dones, al llarg dels processos d'embaràs i naixement, li confereixen algun tret diferencial? O és que quan una llevadora es decideix a prendre la ploma, per escriure els seus coneixements, es limita a imitar la classe mèdica? Per respondre aquestes qüestions intentarem

---

<sup>253</sup> Segons Bourgeois, algunes de les dones joves, no volien que les atenguessin llevadores que practiquessin exploracions vaginals durant la dilatació, doncs les acusaven que aquestes exploracions podien facilitar la mort del fetus. Bourgeois, defensora de les exploracions vaginals durant el treball de part, per tal de determinar la presentació del fetus, es defensa d'aquestes acusacions, dient que les llevadores rurals, que no practicaven cap exploració i es limitaven a recollir el nen en el moment de l'expulsiu, en un nombre important de casos, assistien a parts amb el resultat de la mort fetal. Per a Bourgeois, tal com hem citat, l'exercici intens durant el setè mes de gestació era el causant d'un nombre important de morts fetals.

desbrossar el text, per tal de fer aflorar tots aquells aspectes relacionats amb les cures d'atenció i cura de la vida.

Observem en l'obra de Bourgeois un interès per aquells aspectes no relacionats amb la patologia, però fonamentals per tal que la mare se senti reconfortada i atesa en el seu treball de part. Un exemple el podem trobar en el capítol desè del primer llibre, en el qual Louise tracta de la situació de la dona durant el treball de part,<sup>254</sup> on fa esment a la possibilitat d'elecció entre diferents alternatives, sempre segons les preferències de la dona: pot passejar durant el temps de la dilatació recolzada en dues persones fortes, que la sostindran quan tingui els dolors més intensos; també pot recórrer a una cadira baixa, per recolzar-s'hi durant la contracció; o fins i tot, pot optar per ficar-se al llit, durant la dilatació. Bourgeois defensà que la dona ha de sentir-se el més còmoda possible i criticà aquelles àvies, i fins i tot aquelles llevadores, que no permetien a la partera moure's, ja que en aquests casos el dolor es feia insuportable.

En relació amb l'atenció al puerperi, Bourgeois fa esment a l'atenció que cal donar a les mares després del part, no pot ser igual per a totes, cal individualitzar segons la naturalesa i la classe social de la dona:

«Des que Déu m'ha fet la gràcia d'haver-me cridat a l'art de llevadora, jo he trobat gran plaer en remarcar la diversitat de la naturalesa de les dones, i he vist que qui vol donar atenció a una dona de qualitat de la mateixa forma que a una dona rústica, la pot perdre; de la mateixa forma que si algú vol fer viure una dona rústica amb els mateixos aliments que una dona de qualitat».<sup>255</sup>

---

<sup>254</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, pp. 74 -75.

<sup>255</sup> *Íbid.*, p. 86. “Depuis que Dieu m'a fait la grâce de m'avoir appelée à l'art de sage-femme, j'ai pris fort grand plaisir à remarquer la diversité du naturel des femmes, et ai vu que qui voudrait gouverner une femme de qualité en femme rustique, que l'on la perdrait ; de même qui voudrait faire vivre une femme rustique ainsi et de pareille viande qu'une femme de qualité,...”

Per a l'atenció al nadó, Louise Bourgeois recomanava lligar el cordó umbilical amb fil de llana retorta. Aconsellava banyar-lo en vi<sup>256</sup> i aigua tèbia, i posar especial cura amb la cara, la gorja, els braços i les mans, on es podia usar l'oli de nous. Desaconsellava la pràctica, que sembla que era habitual, d'intentar acostar els ossos del cap per tancar les fontanel·les; per contra, recomanava no manipular els ossos cranials, ni tampoc els de la cara, ja que com que el cartílag del nas era molt tendre, la seva manipulació podia comportar que el nen adquirís veu nasal;<sup>257</sup> sí que aconsellava explorar la llengua dels nadons, per intentar descobrir si hi havia fre. En cas que hi fos, era necessari que el cirurgià, amb un petit cop de tisora, alliberés la llengua per evitar problemes de parla posteriors. Bourgeois recomanava donar al nadó una petita cullerada de vi pur immediatament després del naixement,<sup>258</sup> sempre d'acord amb les recomanacions fetes pels metges més doctes; la finalitat d'aquesta acció era el fet que el vi faria reprendre la fortalesa al nadó; al mateix temps, els vapors del vi en entrar al cervell protegrien el nen d'adquirir epilèpsia al llarg de la seva vida.

De la lectura del capítol vint-i-set del llibre primer del text, on parla de la forma d'escollir una bona dida, sembla que es pot deduir que era la mare qui decidia si alletaria o no, i també escollia la dida més convenient per al seu nadó. Bourgeois no deixà clara la seva opinió sobre això. De la lectura del capítol no podem deduir què pensava Louise sobre la conveniència o no que la mare

---

<sup>256</sup> Recordem que segons Damià Carbó era costum netejar els nadons amb vi, per part de les llevadores, en el Regne d'Aragó.

<sup>257</sup> Durant l'Imperi Romà era costum que les dides, que tenien cura dels nadons, els fessin massatges diaris al cap, per tal de conformar-lo a la forma desitjada.

<sup>258</sup> Sheridan, B., *op. cit.*, p. 150. L'autora explica que després del naixement del que seria el rei Lluís XIII, i degut a que el nadó semblava dèbil, doncs el part havia estat llarg i complicat; Louise Bourgeois va demanar a un ajuda de càmera una ampolla de vi i una cullera. El rei va agafar la ampolla de vi i llavors Bourgeois li va comentar "Majestat, si fos una altre criatura, jo posaria vi en la meva boca i n'hi donaria, per por que la debilitat que presenta es perllongui massa temps". El Rei va posar l'ampolla a la seva boca i li va comentar. "Actua de la mateixa forma que ho faries amb qualsevol altre nadó". Vid., p. 199 d'aquest treball.



alletés personalment els seus fills, no hi trobem cap recomanació, senzillament es limità a donar un nombre important de consells per tal d'escollir una bona dida, referint-se a aquelles dones que *no poden o no volen alletar els nadons*.<sup>259</sup> Les recomanacions per tal d'escollir dida eren similars a aquelles fetes per tots els autors estudiats amb anterioritat, calia assegurar-se sempre de la bona salut de la que seria dida. Un fet diferencial en el text de Bourgeois el trobem en que sempre s'adreçava directament a la mare que havia infantat:

«De veritat que si les mares sabessin la importància de triar bé una dida, elles hi veurien més dificultats de les que hi troben».<sup>260</sup>

D'aquesta forma finalitzem l'estudi de l'obra obstètrica de Louise Bourgeois, donant fe de la seva qualitat científica, comparable a la de totes les obres mèdiques estudiades anteriorment, amb la particularitat que a més hi aportà el coneixement que la pràctica, al costat de les dones, li havia proporcionat al llarg dels anys. Louise Bourgeois pot ser considerada la primera representant de l'obstetrícia moderna; teoria i pràctica es reconcilien i s'uneixen, i aconsegueixen d'aquesta forma una millor qualitat de l'obra.

---

<sup>259</sup> Bourgeois, L., *op. cit.*, p. 99.

<sup>260</sup> *Íbid.*, p. 98. "A la vérité si les femmes se représentaient de quelle importance leur est de bien choisir une nourrice, elles y apporteraient beaucoup plus de difficulté qu'elles ne font,..".

### **4.3. Les diferents professions sanitàries i l'assistència al naixement**

Al final del segle XVI i inici del XVII, les investigacions científiques i els interessos econòmics i patrimonials de la burgesia varen actuar conjuntament i propiciaren l'entrada dels homes a l'espai femení de l'assistència al naixement. Durant aquest període de temps les relacions entre els diferents professionals: metges, cirurgians i llevadores va passar per tensions i enfrontaments. Podem considerar aquest període com una etapa de canvi i transició.

Els cirurgians barbers, que hi havia des del segle XIII, eren considerats artesans, aprenien l'ofici mitjançant una estructura gremial, tractaven només les afeccions externes i no estudiaven a la universitat. Amb el pas del temps aquests cirurgians varen intentar apropar-se a la pràctica mèdica, i per fer-ho varen abandonar la pràctica de la barberia i es varen relacionar amb la universitat, gràcies a l'impuls de les pràctiques anatòmiques.

Des de la perspectiva de les elits mèdiques, una gran escletxa s'obria entre els metges universitaris i els cirurgians; el metge tractava utilitzant el seu intel·lecte, no el seu cos; en canvi, els cirurgians utilitzaven les seves mans, però no les seves ments. Els cirurgians, per tal de trobar un espai propi d'assistència, necessitaven un mercat que els permetés competir amb els metges, i aquest va ser un bon motiu per acostar-se a les pràctiques d'assistència al naixement.

Els protomedicats i els col·legis de metges s'havien anat organitzant i havien augmentat els seus poders, excloent les dones de les professions mèdiques, tampoc eren admeses com a cirurgianes.

Les dones practicaven en els marges del sistema sanitari establert, generalment com a llevadores, però també com a sanadores sense llicència. Al començament no eren percebudes com a amenaça al sistema sanitari establert; com ja hem comentat, les llicències de llevadores eren habitualment expedides i controlades per les autoritats eclesiàstiques; però amb el pas dels anys van

entrar en un conflicte de competències. Les llevadores es van veure atrapades en les xarxes dels protomedicats. Per raó de les competències professionals, els metges demanaven l'exclusivitat en la prescripció de medicines per via oral; mentre que els cirurgians pretenien que les sagnies, i l'aplicació de sangonelles i ventoses eren de la seva competència.<sup>261</sup>

Les llevadores solien avisar els cirurgians en cas d'extrema necessitat, generalment quan en l'assistència al part el fetus havia mort el cirurgià procedia a la fetotomia o mutilació del fetus, per tal d'aconseguir-ne l'extracció; en aquest afer havien substituït completament els metges. Els cirurgians dels segle XVII pensaven que si aconseguïen ampliar les seves funcions assistint les dones en els parts normals, aconseguïen millorar el seu estatus social i incrementar-ne la clientela.

Amb el temps, les lluites entre metges, cirurgians i llevadores pel control sobre l'atenció sanitària a les dones i al procés procreatiu va originar una forta disputa. Les primeres que van resultar derrotades varen ser les llevadores que van acabar perdent l'exclusivitat en l'assistència al part normal.

#### **4.3.1. El naixement en l'imaginari col·lectiu. La seva integració en l'esfera pública**

Al llarg del segle XVII, el progressiu ascens de la burgesia va propiciar que aquesta s'aliés amb les monarquies i s'incorporés en l'administració de l'estat; els nous funcionaris eren cada cop més necessaris, ja que amb la seva formació jurídica i financera contribuïen a la construcció d'un estat potent i centralitzat. Les normatives estatals van anar en augment; i varen legislar cada cop més aspectes de la vida quotidiana, fins i tot de la vida privada. L'any 1556 la Cort francesa va

---

<sup>261</sup> Pomata, G., *op. cit.*, p. 122.

aprovar un edicte que prohibia a les dones amagar els seus embarassos, o donar a llum soles, sense testimonis. El part inicià el camí per tal de convertir-se en un *affair* d'interès públic, en el qual el personal sanitari que li donava assistència es convertí en fedatari, no només davant les autoritats eclesiàstiques, sinó també davant l'Estat.

En els estats moderns, el nadó esdevení, des del punt de vista del poder polític, una riquesa econòmica potencial; la càrrega que representa a curt termini la seva criança es veuria recompensada pel futur productiu a què estava destinat. Esdevenir mare es convertí a partir d'aquest moment en una qüestió d'interès públic.

Els incipients estats moderns i burgesos es feren més intervencionistes en la vida pública i d'aquesta forma disminuí l'esfera dels afers privats. S'imposà la idea que una nació que aconseguís viure allunyada de les guerres, amb uns estils de vida desproveïts de passions i ocis s'allunyaria de tots els mals coneguts fins a aquells moments; la medicina adquirí una funció política.<sup>262</sup>

El naixement de Lluís XIII, el 28 de setembre de 1601, i la mort de Maria de Borbó, el 4 de juny de 1627, marquen el punt culminant i el final de la carrera professional de Louise Bourgeois. La història personal de Bourgeois és un clar exemple de l'efímera entrada de les llevadores en l'espai públic de les professions sanitàries; el seu protagonisme durà poc i ràpidament la llevadora quedà relegada a un discret segon terme; en l'escenari de l'assistència sanitària al naixement hi entraran el metge o el cirurgià assolint els papers de primers actors.

En la França d'inici del segle XVII, després de dècades de conflictes polítics i religiosos, el naixement d'un hereu legítim era l'única esperança de consolidació d'una monarquia estable. El feliç naixement del delfí Lluís, fruit de la unió legítima d'Enric IV i Maria de Mèdicis permetia la consolidació de la

---

<sup>262</sup> Fouclault, M., *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*; Mexico, Siglo XXI, 1985<sup>10</sup>, p. 59.

Monarquia i també l'entrada triomfant d'una llevadora: Louise Bourgeois, en l'esfera pública. Tot i que Bourgeois comptava amb l'aprovació de la reina, que la va escollir com a professional per tal que l'assistís; altres personatges de l'esfera mèdica de la Cort desconfiaven de Louise. El naixement d'un delfí sa i estalvi féu disminuir aquest recel.

En el relat del naixement de Lluís XIII, Maria de Mèdicis i Louise Bourgeois apareixen com les dues protagonistes. Enric IV havia avisat la seva esposa Maria que el naixement de l'hereu de la corona seria un esdeveniment públic. De la descripció que ha deixat Bourgeois se'n desprèn que després del part hi havia aproximadament unes dues-centes persones a l'antesala i la cambra on la reina acabava d'infantar. En objectar davant del rei que potser era un nombre excessiu de persones, per a la salut d'una dona que acabava de donar a llum, Enric IV li va contestar: «Calla, calla, llevadora, no t'enfadis: aquesta criatura és de tots i tots han de participar en la joia». <sup>263</sup> També segons el relat de Bourgeois, va ser ella qui va estar sempre al costat de la reina, durant el llarg treball de part de Maria de Mèdicis. Els metges entraven periòdicament a visitar la reina i a consultar Bourgeois sobre la progressió del part.

Després del naixement l'infant semblava dèbil; la llevadora va prendre la responsabilitat d'actuar:

«Vaig demanar al senyor Lozeray (un ajudant de càmera) (...) una mica de vi i en va portar una ampolla. Li vaig demanar una cullera. El rei va agafar l'ampolla que ell (Lozeray) tenia i jo li vaig dir: "Majestat, si fos una altra criatura, posaria el vi a la meva boca i li donaria, per por a que la debilitat que presenta es perllongui gaire temps". El rei va posar l'ampolla a la meva boca i em va dir "actua tal com ho faries amb un

---

<sup>263</sup> Sheridan, B., *op. cit.*, p. 144. "Cállate, cállate, matrona, no te enfades: esta criatura es de todo el mundo y todo el mundo debe regocijarse".

altre bebè”. Em vaig omplir la boca de vi i el vaig posar a la seva (en la del delfí). Es va espavilar i va assaborí el vi que li havia donat».<sup>264</sup>

Per a Bourgeois, el feliç naixement li suposà guanyar-se la confiança del rei, que en un inici no era partidari del canvi de llevadora, ja que confiava amb Madame Dupuis. D'acord amb la narració de Louise, després del naixement i abans del baptisme del delfí, el rei explicava a les seves germanes i als prínceps:

«He conegut a molta gent, però a ningú, home o dona, amb la capacitat de resolució d'aquesta dona d'aquí, ni en una situació de guerra ni en altra circumstància. Ella va tenir el meu fill a la seva falda i mirava el món amb una expressió freda, com si no estigués aguantant res d'important. És un delfí, i no n'havia nascut cap a França des de fa 80 anys. (...El rei llavors va explicar a la seva esposa) que cap dona no ho hauria fet millor que ella (Bourgeois)».<sup>265</sup>

Bourgeois es presentà com una professional segura de si, ferma i racional, qualitats generalment reservades als homes. Eren els metges els que li consultaven, i fou considerada, fins i tot pel rei, com la millor professional per resoldre les contrarietats. Podríem considerar perfectament que l'art i ofici de les llevadores havia arribat a la majoria d'edat.

---

<sup>264</sup> *Íbid.*, p. 150. “Pedí al Sr. De Lozeray (un ayuda de cámara) (...) un poco de vino y trajo una botella. Le pedí una cuchara. El rey cogió la botella que él (Lozeray) tenía y yo le dije: “Majestad, si fuera otra criatura, pondría el vino en mi boca y se lo daría, por miedo a que la debilidad se prolongue demasiado” El rey puso la botella en mi boca y me dijo: “actúa como lo harías con otro bebé”. Me llené la boca de vino y se lo puse en la suya (en la del delfín). Se espabiló y saboreó el vino que le di”.

<sup>265</sup> *Íbid.*, p. 151. “He conocido a mucha gente, pero a nadie, hombre o mujer, con la capacidad de resolución de esta mujer de aquí, ni en situación de guerra ni en otra circunstancia. Ella tuvo a mi hijo en su regazo y miraba al mundo con una expresión fría, como si no estuviera sosteniendo nada. Es un delfín, y no ha habido ninguno en Francia desde hace 80 años. (...El rey contó a su esposa) que ninguna mujer lo hubiera hecho mejor que ella (Bourgeois)”.

No totes les versions expliquen, però, la mateixa història. Héroad, metge personal de la Cort, portava un diari, on va anotar l'atenció sanitària que va rebre el delfí des del seu naixement. En relació amb el naixement el relat d'Héroad difereix del de Bourgeois:

«Va rebre la criatura la senyora Bourgeois, anomenada *Boursier*, llevadora de París. (...) Havent finalitzat el part per complet i trobant-se la criatura dèbil a causa d'haver estat reclinada molt de temps esperant la placenta, el senyor Guillemau, cirurgià ordinari del rei, li va donar una petita quantitat de vi; llavors el va agafar la llevadora (el nadó), i després la senyora de la Renouillere, primera ajudant de cambra de la reina, a qui el rei es va dirigir dient: “Dóna-li a la senyora Montglat”, que el va agafar i el va portar davant del foc, on va estar força temps mentre la llevadora posava les benes a la reina, la qual va anar pel seu propi peu de la cadira on havia infantat, gairebé sense l'ajuda de ningú». <sup>266</sup>

En el relat d'Héroad la decisió de donar vi al delfí no va sorgir de Louise, sinó del cirurgià reial el senyor Guillemau. Fos com fos, aquest petit detall no hauria de modificar el protagonisme de la llevadora com a màxima responsable del part de Maria de Mèdicis; al cap i a la fi, ella va ser l'encarregada de la direcció de tot el procés de dilatació, part i deslliurament. No va ser fins després de la sortida de la placenta, i de tallar el cordó umbilical, que cap altre professional no va entrar en escena. Però amb el pas dels anys els textos

---

<sup>266</sup> *Íbid.*, p. 151. “Recibió a la criatura la Sra. Louise Bourgeois, llamada Boursier, matrona de París. (...) Habiendo concluido el parto por completo y encontrando a la criatura débil por haber estado reclinada durante mucho tiempo esperando la placenta, el Sr. Guillemau, cirujano ordinario del rey, le dio una pequeña cantidad de vino; entonces lo cogió la matrona y después la Sra. De la Renouillere, primera ayudante de cámara de la reina, a quien el rey se dirigió diciendo: “Dáselo a la Sra. Montglat”, que lo cogió arropado y lo llevó ante el fuego, donde estuvo bastante rato mientras la matrona vendaba a la reina, que fue por su propio pie de la silla donde dio a luz, casi sin la ayuda de nadie.”

posteriors<sup>267</sup> es varen anar modificant i cada nou text que reescrivia la història, retallava el protagonisme de la llevadora; com hem mencionat, el relat d'Héroad li pren el protagonisme sobre l'atenció al nadó en favor del cirurgià, però posteriorment perdé fins i tot el seu paper en l'assistència a la mare en favor del metge de cambra, i es convertí en el seu ajudant.

La caiguda en desgràcia de Louise Bourgeois il·lustra clarament el pas a un segon terme de tot el col·lectiu. Vint-i-sis anys després del naixement de Lluís XIII, concretament el 5 de juny de 1627, Louise Bourgeois assistí el part de la princesa Maria de Borbó-Montpensier, cunyada de Lluís XIII i esposa de Gastó d'Orleans. La princesa havia tingut un embaràs difícil. El *Merçure François*, una crònica coetània de la vida en la Cort, narrava el següent:

«Però la senyora (la princesa) se sentia malament a causa del seu embaràs (...) Es va demanar a totes les parròquies i monestirs de París que s'orés a Déu pel part, que va durar des de les deu de la nit del divendres (...), fins a les onze del matí del diumenge (...), quan va infantar una nena».<sup>268</sup>

També Bourgeois cita que la princesa estava ja malalta durant l'embaràs, tanmateix el part es desenvolupà amb normalitat:

«Bastant feliç, el deslliurament i també la sortida de la placenta, que estava completa i sana, i que va ser examinada per Jacques de la Cuisse, mestre cirurgià molt experimentat en dones parteres, i pels doctors allà presents: els senyors Vautier Seguin, Le Maistre,

---

<sup>267</sup> Un exemple en seria Marvik, E. W., *Louis XIII: The Making of a King*; New Haven, Yale University Press, 1986, citat per Sheridan, B., *op. cit.*, cita 22. p. 152.

<sup>268</sup> Sheridan, B., *op. cit.*, p. 154. “Pero la señora (la princesa) se sentía mal a causa de su embarazo (...) Se pidió que en todas las parroquias y monasterios de París se rezara a Dios por el parto, que duró desde las diez de la noche del viernes (...), hasta las once de la mañana del domingo (...), cuando dio a luz una niña”. Citat de *(Le) Merçure François, ou La suite de l'histoire de 1605-1644*; París, 1627, vol. 13, p. 506.



Tournaire, Brunier i Guillemau; tots la varen reconèixer i van testificar que la placenta estava completa i molt sana, i juro per la meua vida que això és cert».<sup>269</sup>

Deu dies després del part, la princesa morí i seguint el costum habitual, Maria de Mèdicis va ordenar l'autòpsia del cadàver per cinc metges i cinc cirurgians. Fruit de l'autòpsia es va elaborar un curt informe, en el qual no es culpava de forma directa a ningú. Bourgeois, però, es va sentir al·ludida, ja que es feia esment a la troballa en la part posterior dreta de l'úter d'un petit fragment de placenta, tan enganxat a l'úter que pràcticament no podia separar-se, ni tan sols amb els dits, i amb gran esforç. Aquesta divulgació pública involucrava directament el camp d'actuació de la llevadora, això juntament amb els possibles rumors que corrien a la Cort sobre la mort de la princesa, varen provocar que Bourgeois es decidís a publicar una *Apologie* en defensa pròpia i en contra de les acusacions dels metges.

Louise va qüestionar l'exactitud de pràcticament totes les afirmacions que es feien en l'autòpsia. L'informe explicava que la part esquerra de l'úter s'observava gangrenosa, mentre que la resta placentària s'havia trobat al costat dret. La teoria defensada per Bourgeois afirmava que la princesa estava amb restrenyiment i febre abans del part, i que l'afectació del costat esquerre de l'úter era el resultat d'una afecció que estava al baix ventre amb anterioritat al part, i que la placenta estava sencera i sana després del part, ja que nombrosos testimonis de metges i cirurgians havien donat fe de la seva integritat. Per tant,

---

<sup>269</sup> *Íbid.*, p.154. “Bastante feliz, el alumbramiento y también la salida de la placenta, que estaba completa y sana y que fue examinada por Jacques de la Cuisse, maestro cirujano muy experimentado en mujeres puérperas, y por los doctores allí presentes: los señores Vautir, Seguin, Le Maistre, Tournaire, Brunier y Guillemau; todos la reconocieron y testificaron que la placenta estaba completa y muy sana, y juro por mi vida que esto es cierto”. Citat de Bourgeois, L., *Apologie de Louyse Bourgeois dite Boursier sage femme de la Royne Mare du Roy & de feu Madame. Contre le rapport des medecins*; París, Chez Melchior Mondiere, 1627, p. 4.

aquest petit fragment de placenta no hauria existit mai, i caldria demanar responsabilitats als metges que havien tingut cura de la salut de la princesa durant l'embaràs. Fins i tot, en el cas que l'informe fos exacte, un fragment tan petit de placenta seca no podia explicar aquella mort sobtada al cap de deu dies del part. L'*Apologie* de Bourgeois va ser contestada durament, tres dies després, pel cirurgià de la Cort el senyor de Guillemau.

Bourgeois podia haver pres la decisió de retirar-se en silenci, ja que ningú no la incriminava de forma directa, però va preferir fer sentir la seva veu, reivindicant la seva perícia i saber fer en les qüestions obstètriques; fins i tot es va atrevir a explicar anatomia femenina als metges i cirurgians. La voluntat de Bourgeois era que la seva *Apologie* fos jutjada pels metges i altres persones capacitades de París, i confiava que aquests la recolzarien tant a nivell personal com professional, però la resposta que va rebre per part de la classe mèdica va ser adjudicar la seva veu a un signe d'amargor propi de la vellesa.

Com en el cas de les persecucions a les bruixes, llevadores i sanadores per part de la Inquisició, la resposta que es donava a aquesta dona, que havia adquirit una alta reputació com a professional de la Cort, es fonamentava en acusacions directes a la seva persona; especialment al fet de ser dona i vella; i no tant a la seva capacitat professional. Ningú argumentava que el cirurgià Guillemau, que fou l'encarregat de la redacció de la resposta a l'*Apologie* de Bourgeois era de la mateixa edat que ella, ja que ambdós havien treballat junts des del part de Maria de Mèdicis.

#### **4.4. La tecnificació de l'assistència al naixement: el fòrceps obstètric**

La família dels Chamberlain varen constituir una saga de cirurgians assentats a Anglaterra des de 1560, any en què la família havia fugit de França a causa de la persecució que contra els hugonots havia decretat Catherine de Mèdicis, durant les guerres de religió que es van desenvolupar entre 1562 i 1598. William Chamberlain, el patriarca de la família, era ja cirurgià quan va sortir de França, aquest va tenir cinc fills, dos d'ells van rebre el nom de Peter i tots dos es van dedicar també a la cirurgia; Peter II (1575-1628) va ser cirurgià personal de la reina Anna d'Anglaterra, va mantenir, però, seriosos enfrontaments amb la Barber-Surgeons Company de Londres, ja que es negava a assistir a les reunions convocades pel gremi. Els cirurgians de Londres acusaven Peter Chamberlain de practicar un tipus de medicina contrària a les regles establertes per l'agrupació; també va mantenir serioses controvèrsies amb el Royal College of Physicians, i tenia fortes desavinences personals amb el metge William Harley; aquestes qüestions professionals li van suposar l'arrest i posterior tancament a la presó.

Va ser en el si de la família Chamberlain on es van inventar uns fòrceps de metall eficaços per a l'assistència a parts difícils; és impossible determinar qui en va ser l'inventor, és a Peter II Chamberlain a qui s'atribueix la invenció, tot i que es té constància que els van emprar tots els cirurgians de la família.

Els fòrceps inventats pels Chamberlain aconseguien extraure fetus vius, de mares també vives, en situacions en les quals anteriorment s'havia de sacrificar un dels dos, o ambdós. Fins llavors, i des de l'època d'Hipòcrates, s'havien emprat diferents aparells, pinces i ganxos per extraure fetus, però sempre amb l'objectiu de fragmentar els fetus morts i extraure'ls.<sup>270</sup>

---

<sup>270</sup> Per conèixer la història de la invenció del fòrceps obstètric es pot consultar Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 98., així com O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, pp. 116-130 i p.519. Sembla ser que alguns

La notícia sobre *l'instrument secret*, que permetia finalitzar amb èxit parts extremadament complicats, va córrer ràpidament, però immediatament es va veure envoltada de màgia i de misteri. Els Chamberlain van aconseguir mantenir el seu secret durant més de cent anys, emprant una sèrie de rituals veritablement rocambolescos per tal d'amagar la naturalesa del seu invent. Sembla que els fòrceps eren enviats al domicili de la partera dins d'una gran caixa daurada transportada per dos homes. D'aquesta forma feien creure que la caixa contenia algun tipus de màquina de grans dimensions. Per evitar que ningú pogués veure el seu instrument secret, els Chamberlain assistien el part coberts amb un gran llençol, sota el qual amagaven el fòrceps de la vista de qualsevol estrany, fins i tot tapaven els ulls a la mare i obligaven la llevadora que assistia el part a sortir de l'habitació. Mentre ells empraven el fòrceps, un ajudant feia sorolls mitjançant campanetes o cops de pals amb l'objectiu d'amagar el so de les branques metàl·liques de l'instrument.

#### **4.4.1. El domini de la tècnica com a font de poder. La controvèrsia amb les llevadores**

Els Chamberlain van aconseguir gran reputació i ràpidament van fer sentir la seva veu en els aspectes polítics i socials relacionats amb l'assistència al

---

tipus de fòrceps existien ja abans de la invenció dels Chamberlain; quasi sempre emprats per a l'extracció del fetus mort. Podria ser que els àrabs Avicena o Albucasis ja coneguessin un tipus de fòrceps, que s'utilitzava de forma excepcional per a l'assistència al part; aquest fòrceps però presentava l'inconvenient que les dues branques eren fixes, i per tant la seva introducció articulada a l'interior de la vagina de la mare era extremadament difícil. Es va produir, per tant, un llarg buit històric en la seva utilització, fins que la família Chamberlain van inventar el fòrceps de dues culleres que s'articulaven un cop introduïdes a la vagina. Els fòrceps originals inventats pels Chamberlain poden ser contemplats a l'actualitat a Londres, a la seu del *Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists a Regent's Park*.

naixement. Van fer evidents les limitacions de les llevadores a l'hora de resoldre els parts difícils, i intentaren el control i monopoli de la professió; per fer-ho, van demanar al rei que promulgés una normativa destinada a la regulació de l'ensenyament i formació de les llevadores.

Els Chamberlain proposaven que la formació de les llevadores estigués sota el seu control; aquesta petició va ser enviada al rei i també al Royal College of Physicians, però no va ser admesa, tot i que van reconèixer la necessitat de millorar la formació acadèmica de les llevadores. Des del col·legi mèdic proposaren que abans d'obtenir la llicència eclesiàstica les llevadores fossin examinades pel col·legi de metges, però es mantingué la formació sota control de les mateixes llevadores. Sembla, però, que tot i el resultat negatiu que va obtenir la seva petició, el doctor Peter Chamberlain inicià cursos no oficials de formació per a llevadores.

El conjunt de les llevadores angleses respongueren de forma negativa a la proposta dels Chamberlain i van sol·licitar permís al rei Jaume I per tal de formar una societat professional. Van protestar enèrgicament contra la proposta del doctor Chamberlain, que no atenia els parts difícils quan era avisat per la llevadora, si aquesta no s'havia format prèviament en els seus cursos. El fill de Peter Chamberlain II, el metge Peter Chamberlain III, va continuar amb l'afany del seu pare i va intentar el control de les llevadores emprant tot tipus de mètodes: des del suborn amb invitacions a vi i àpats a les llevadores que assistien als cursos fins a la petició al rei, l'any 1633, d'establir una corporació de llevadores que el tingués a ell com a director.

Les llevadores de Londres intentaren contrarestar la petició feta al rei, ja que consideraven que amenaçava la seva independència professional. Les llevadores, encapçalades per les senyores Whipp i Shawe, van presentar una petició al col·legi de metges, que en realitat era una protesta pel control no autoritzat que el doctor Chamberlain intentava exercir sobre la professió. El Col·legi va considerar justa la reivindicació de les llevadores i la va traslladar a la jerarquia eclesiàstica, ja que va dictaminar que era l'agència oficial que concedia

les llicències i, per tant, qualsevol canvi proposat abans de l'obtenció de la llicència havia de ser sotmès a la consideració de les autoritats eclesiàstiques.

Aquesta va ser la primera confrontació pública entre els estaments de metges i de llevadores. Les llevadores argumentaven que al doctor Chamberlain no li corresponia l'ensenyament de l'*art* de l'assistència, perquè no tenia experiència en el procés normal del part. En la seva argumentació les llevadores afirmaven:

«El treball del doctor Chamberlain i el de les llevadores són contraris, perquè ell no ajuda a que es produeixin els naixements si no és amb la utilització d'instruments i mitjançant violència extraordinària en circumstàncies desesperades, que les dones mai no han emprat ni desitjat, ja que no tenen art ni part en això».<sup>271</sup>

Les llevadores exigien que el doctor Chamberlain hagués d'obtenir la llicència eclesiàstica per tal d'exercir en l'assistència al part. Finalment, el bisbe va donar la raó a les llevadores i no va autoritzar el doctor Chamberlain en el seu interès d'instruir les llevadores. Tot i així, Peter Chamberlain III va continuar amb el mateix objectiu i va seguir expressant públicament la seva preocupació per la manca de preparació acadèmica de les llevadores; l'any 1647 va publicar un llibret autobiogràfic titulat *The crie of women and children*, en el qual anomenava les llevadores com «els incontrolables àrbitres femenins sobre la vida i la mort». Els Chamberlain no eren els primers de deixar constància pública de la manca de coneixements de les llevadores, però sí que foren els primers de pretendre no tan sols una millor formació, sinó també, i sobretot, un control de la professió.

---

<sup>271</sup> Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, p. 100. “El trabajo del Dr. Chamberlain y el perteneciente a las comadronas son contrarios porque él no ayuda a que se produzcan los nacimientos si no es con el empleo de instrumentos y mediante violencia extraordinaria en ocasiones desesperadas, que las mujeres nunca empearon ni desearon, ya que no tienen arte ni parte en ello”.

La saga dels Chamberlain va continuar amb les seves pretensions i el fill de Peter Chamberlain III, el també metge Hugh Chamberlain, nascut cap al 1630, va ser qui va treure el major profit de la utilització del fòrceps obstètric, tant a la seva Anglaterra natal com a França, on va intentar vendre l'invent al reconegut cirurgià obstetra francès: François Mauriceau, amb qui mantenia relació professional.

Hugh Chamberlain va traduir l'any 1668 el llibre de Mauriceau a l'anglès; la versió anglesa del *Traité des maladies des femmes grosses et celles que son accouchées* portava per títol *The accomplished midwife. Treating of the diseases of women and in chilbearing*, en el prefaci de la traducció anglesa Hugh Chamberlain feia esment al seu fòrceps obstètric. Mauriceau abans de comprar l'invent va voler posar-lo a prova i amb aquesta finalitat va invitar Chamberlain, qui afirmava que podia extraure els fetus en menys de deu minuts, a provar-lo en una dona que tenia una pelvis insuficient i totalment deformada pel raquitisme. Chamberlain va intentar durant tres hores l'extracció del fetus amagat sota el seu llençol, però no va poder extraure la criatura; al dia següent la mare va morir i en l'autòpsia es va poder comprovar que el fòrceps no tan sols havia estat inútil, sinó que a més havia produït serioses lesions en l'úter de la dona. Mauriceau no va voler comprar l'invent i Hugh Chamberlain se'n va tornar cap Anglaterra amb el seu instrument.

#### **4.5. François Mauriceau: l'embaràs com a malaltia**

La història de Louise Bourgeois és un clar exemple del desprestigi de les llevadores i conseqüent entrada de cirurgians i metges en l'assistència al naixement. Un dels cirurgians del moment, que més va influir en la història de l'obstetrícia, va ser François Mauriceau; va néixer l'any 1637, vint-i-set anys

després de la mort de Louise Bourgeois. Mauriceau va dedicar vint-i-cinc anys de la seva vida a l'estudi, tant teòric com pràctic, de la millora en l'assistència obstètrica. Rebé formació de cirurgia, però la seva biografia personal estava tan relacionada amb el món obstètric que es va veure empès a l'estudi de l'art de l'assistència al naixement, tasca a la qual es va dedicar intensament fins a la seva mort l'any 1709.

La relació de Mauriceau amb l'obstetrícia va iniciar-se abans del seu naixement; la seva mare va patir la verola quan estava embarassada de François, el seu germà gran morí de la mateixa malaltia. Mauriceau va veure la seva pròpia germana morir de part a causa d'unes fortes pèrdues hemàtiques en el moment del part.<sup>272</sup>

Mauriceau es va dedicar intensament a l'estudi de l'obstetrícia i va publicar un important llibre l'any 1668, que porta el títol de *Traité des maladies des femmes grosses et celles qui son accouchées*. Aquest tractat va ser traduït al llatí, alemany, italià, holandès i anglès. La primera edició de l'obra es fonamentava en l'experiència acumulada per l'autor en l'assistència directa o supervisió de set-cents parts, però en les últimes edicions, l'autor declarava haver supervisat més de tres mil naixements al llarg de vint-i-cinc anys d'exercici professional.

---

<sup>272</sup> O'Down, J. O., i Phillip. E.E., *op. cit*, p530, afirmen que la germana de Mauriceau presentava una placenta prèvia, patologia obstètrica caracteritzada per la inserció de la placenta en la part més inferior de l'úter, sobre del coll de la matriu. Quan arriba el moment del part i es produeix la dilatació del coll de l'úter s'inicia una forta hemorràgia. La lectura de l'obra de Mauriceau fa dubtar de la veracitat d'aquesta afirmació, com mes tard mencionarem, Mauriceau va poder dilatar el coll de l'úter, trencar la bossa de les aigües i extraure la criatura. Això no hauria estat possible si s'hagués tractat d'una placenta prèvia, en tot cas podria tractar-se d'una placenta d'inserció marginal no oclusiva.



#### 4.5.1. Mauriceau: *Traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées*

L'obra de Mauriceau presenta l'estructura pròpia d'un tractat general enciclopèdic en la qual es tracten totes les situacions normals i patològiques relacionades amb l'embaràs, el part, el puerperi i l'atenció al nadó. S'estructura en dos toms, el primer és pròpiament una obra teòrica d'obstetrícia i puericultura; mentre que el segon tracta sobre la resolució de casos reals, als quals l'autor havia fet front al llarg de la seva vida professional.<sup>273</sup>

El primer tom de *Traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées* es divideix en tres llibres, més un capítol introductori dedicat a la descripció de l'anatomia femenina. A l'inici del seu llibre Mauriceau deixa constància que escriu principalment per a les llevadores, a les quals vol instruir per tal que puguin millorar les seves habilitats professionals, hi ha també capítols destinats exclusivament als cirurgians on es descriuen tècniques quirúrgiques per a l'atenció als parts dificultosos, així com la descripció dels aparells quirúrgics adequats per a cada situació, alguns d'aquests dissenyats pel mateix Mauriceau. El primer llibre tracta bàsicament sobre l'embaràs,<sup>274</sup> el llibre segon es dedica totalment a tractar del part en profunditat,<sup>275</sup> mentre que el llibre tercer està

---

<sup>273</sup> Aquesta mateixa estructura, amb un desenvolupament teòric general seguit de casos clínics, l'havíem observat ja en Louise Bourgeois.

<sup>274</sup> En el primer llibre hi trobem els següents capítols: 1) Les malalties i les diferents disposicions de les dones embarassades, 2) Les condicions per a la fecunditat, 3) El vertader i el fals embaràs, 4) La superfetació, 5) La mola, 6) La forma en què s'ha de governar una dona embarassada, 7) Les pèrdues hemàtiques durant l'embaràs, 8) Els vòmits, 9) La incontinença i la dificultat per orinar, 10) El dolor a les cames, 11) La dificultat per respirar, 12) El dolor a l'esquena i als ronyons, 13) El dolor a les mames, 14) Les hemorroides, 15) El flux, 16) La relaxació de la matriu en la dona embarassada, 17) La hidropesia de la matriu, 18) L'edema als llavis, 19) Les malalties venèries en les dones embarassades, 20) L'avortament i les seves causes, i, finalment 21) El que ha de fer la dona embarassada quan arriba la fi de l'embaràs.

dedicat al tractament de les dones parides, les seves malalties, el tractament del nadó i les seves malalties, així com les condicions per tal de poder triar una dida.<sup>276</sup>

---

<sup>275</sup> Aquest segon llibre tracta sobre: 1) Què és el part, les diferències i els diferents termes, 2) Els signes que precedeixen i acompanyen el part natural, 3) Les membranes i les aigües, 4) La placenta i els vasos umbilicals, 5) Les diferents situacions naturals de l'infant en el ventre de la mare, 6) Què cal fer quan la dona inicia el treball de part, 7) La forma d'ajudar en el part natural, 8) La forma d'assistir el deslliurament en el part natural, 9) De la forma d'extraure la placenta quan el cordó es trenca, 10) Els parts laboriosos i difícils, i aquells que són contranaturals, les seves causes, diferències i les formes de remeiar-los, 11) Dels parts contranaturals en els quals la mà del cirurgià és absolutament requerida, 12) Els signes que fan conèixer si l'infant és viu o mort a l'interior de la matriu, 13) La forma d'assistir la dona quan l'infant es presenta dempeus, 14) La forma de tibar del cap quan s'ha separat del cos, 15) Quan el coll de la matriu es col·loca davant del cap, 16) La forma d'extraure l'infant quan és massa gros, o el pas no es dilata suficientment tot i presentar-se de cap, 17) La forma d'ajudar la dona, quan el cos de l'infant queda atrapat per les espatlles, després d'haver sortit completament el cap, 18) La forma d'ajudar la dona quan el nen presenta una o dues mans al costat del cap, 19) Quan es presenten les dues mans soles, 20) Quan es presenten les mans i els peus junts, 21) Com tibar de l'infant quan presenta els genolls, 22) El part quan l'infant presenta l'espatlla, l'esquena o el cul, 23) El part quan l'infant es presenta de ventre, pit o de costat, 24) Del part quan hi ha diversos fetus en diferents postures, 25) Del part quan el cordó umbilical es presenta abans que el nen, 26) Quan la placenta es presenta la primera, 27) El part que s'acompanya de grans pèrdues i convulsions, 28) La forma d'assistir el part quan el fetus és hidròpic o monstruós, 29) L'extracció del fetus mort, 30) La destrucció de la mola i del fals embaràs, 31) De l'operació cesària i, finalment, 32) Els instruments del cirurgià, que poden servir per a l'extracció del fetus mort i monstruós.

<sup>276</sup> Entre els seus capítols hi trobem: 1) Allò que cal fer després que la mare hagi parit i deslliurat la placenta de forma natural, 2) Dels remeis per a les parts toves del ventre i les mames després del part, 3) Sobre el règim de vida després del part, 4) Sobre la forma de retirar la llet a aquelles dones que no volen ser nutrícies, 5) De la pèrdua de sang en el puerperi, 6) De la caiguda de la matriu, i del dolor dels hemorroides després del part, 7) De les contusions i les dehisccències de les parts externes de la matriu ocasionades en el part, 8) De les pèrdues que s'escolen de la matriu, de quin lloc procedeixen i els signes de les pèrdues bones i dolentes, 9) De la supressió de les pèrdues i dels seus accidents, 10) De la inflamació de la matriu després del part, 11) Del *skirre*<sup>276</sup> de la matriu, 12) Del càncer de matriu, 13) Del flux del ventre que li succeeix a la puerperal, 14) Dels tumors del ventre anomenats *hèrnies ventrals*, 15) De la inflamació de les mames en el puerperi, 16) De la coagulació de la llet, 17) Dels apostemes a les mames en la partera, 18) Dels mugrons encetats i ulcerats, 19) Dels edemes a les cames i les cuixes després del part, 20) De la passió histèrica, dita

#### 4.5.1.1. Les aportacions de François Mauriceau

Mauriceau va tenir una vida dedicada a la millora de l'obstetrícia, va ser un professional que va saber compaginar el saber teòric amb la pràctica assistencial. Del capítol introductori, dedicat a la descripció anatòmica, podem fer-ne les apreciacions següents: seguint la nomenclatura de l'època es refereix als ovaris com a testicles femenins. Mauriceau era bon coneixedor de l'obra mèdica del moment, en referir-se a l'anatomia femenina cita Van-Horme, Kerkring, Graaf i Summerdam, per a ell, la concepció és el resultat de la unió de les llavors masculina i femenina:

«La concepció no és altra cosa que una acció pròpia i particular de la matriu, per la qual les llavors específiques de l'home i de la dona són rebudes i retingudes, amb la finalitat que el nen sigui engendrat i format».<sup>277</sup>

---

vulgarment *sufocació de la matriu*, 21) Del flux blanc, 22) Del tractament del nadó, 23) De la forma de netejar el nadó, 24) Del règim de vida del nadó, 25) De les indisposicions dels nadons, 26) De les contusions i les modificacions del cap i altres parts del cos del nadó, 27) De la fontanel·la i de les fontanel·les massa obertes, 28) De la imperforació de l'anus, 29) De la forma de tallar el fre de la llengua, 30) Dels còlics i dolor al ventre, 31) De la inflamació i ulceració del llombrícol del nadó, 32) De la inflamació del cul i les natges, 33) De les úlceres en la boca del nadó, 34) Del dolor a causa de la sortida de les dents en els nens i les convulsions, 35) Del flux de ventre en el nadó, 36) Dels vòmits del nadó, 37) De les hèrnies, 38) Les taques que es presenten al cap i a la cara dels nens petits, 39) De la petita verola i la rubèola en els nens, 40) De la curació de la malaltia venèria en els nens petits, 41) La forma d'impedir que els nens petits no es tornin bornis, torçats o coixos i, finalment, 42) De la forma d'escollir la dida.

<sup>277</sup> Mauriceau, F., *Traité des Maladies des femmes Grosses et Celles qui sont Accouchées*; 7<sup>a</sup> edició, París, Compagnie des libraires, 1740, p. 62 “La conception n'est autre chose qu'une action propre & particulière de la Matrice, par laquelle les semences prolifiques de l'home & de la femme y sont reçues & retenues, afin que l'enfant en fois engendré & formé”

En l'obra de Mauriceau trobem l'adopció de la nova teoria ovista formulada per Regnier de Graaf l'any 1672, a la qual el nostre autor s'hi adhereix en explicar que en els testicles femenins hi ha una espècie d'ous sense crosta que constitueixen la llavor femenina; l'adopció d'aquestes noves hipòtesis no li fan abandonar, però, la teoria aristotèlica sobre l'acció de la calor uterina que posa en moviment les llavors masculina i femenina per tal de generar la forma del fetus, a qui al cap d'un cert temps de gestació li és enfondida l'ànima. Mauriceau diferencia tres períodes en l'embaràs, d'acord amb els postulats d'Hipòcrates, el primer fins al sisè dia, el segon període s'estén fins al moment en què el fetus rep l'ànima: trenta dies en cas d'un embrió masculí, i quaranta si es tracta d'un embrió femení. Mauriceau fa constar, però, que no accepta aquesta diferenciació formulada per Hipòcrates, ja que ell ha observat que en ambdós casos els embarassos tenen la mateixa durada i els parts esdevenen en el mateix període, fet que el porta a pensar que el seu desenvolupament ha d'esdevenir de forma similar, independentment del sexe.

La lectura dels llibres primer i segon del primer tom, aquells dedicats a l'atenció a l'embaràs i el part és fonamental per al nostre propòsit. Les preguntes que se'ns plantegen són: Quina conceptualització feia Mauriceau de l'embaràs i el part? Quin paper assignava a les llevadores i als cirurgians en l'assistència al naixement? Quines novetats aporta a l'assistència obstètrica? Un punt fonamental que extraiem de l'acurada lectura de l'obra ve marcat per la seva conceptualització de l'embaràs; aquest esdevé una malaltia, fins i tot si es desenvolupa amb normalitat i sense complicacions. Així, en el capítol que fa referència a la governança durant l'embaràs, Mauriceau es refereix a l'embaràs de la forma següent:

«Ella ha de ser en alguna forma considerada com a malalta, a causa de l'estat neutre en què està (així s'anomena vulgarment l'embaràs com *una malaltia de nou mesos*)».<sup>278</sup>

L'autor explica que les dones, a diferència de la resta d'animals, no es troben bé durant l'embaràs. La causa l'atribueix al sedentarisme de les femines, així com a la retenció de la menstruació al llarg dels nou mesos de gestació. Per tant, la dona embarassada ha de procurar cures i atencions especials durant tot el temps de la gestació: després del coit, en el qual probablement s'hagi produït l'embaràs, aconsella que es quedi quieta al llit, ja que un simple esternut pot provocar l'avortament. Mauriceau desaconsella fermament la pràctica del coit durant els dos últims mesos de la gestació.

Per a Mauriceau era indispensable que l'embarassada mantingués un adequat règim de vida al llarg de tot l'embaràs: l'aire que respirava havia de ser temperat, per aquest motiu evitaria els ambients excessivament caldejats, així com aquells que fossin massa freds; els carrers massa estrets podien perjudicar l'embarassada, ja que les immundícies acumulades li podien provocar un avortament, com també podia fer-ho la inhalació del fum del carbó de les calefaccions; tanmateix era necessari que evités els perfums excessivament intensos. L'alimentació durant l'embaràs havia de ser equilibrada, sense excessos, però tampoc era convenient el dejuni ni l'abstinència; el dejuni podia causar-li un part prematur. Aconsellava la ingesta de vi negre amb els àpats i que els aliments estiguessin sempre adequadament condimentats, i a temperatura adient, els aliments excessivament freds o calents podien causar avortaments. També calia procurar un son adequat dormint entre vuit i deu hores diàries.

Mauriceau desaconsellava enèrgicament els viatges en carruatge i en cavall al llarg de l'embaràs, la dona només podia deambular o ser portada en

---

<sup>278</sup> *Íbid.*, p. 117. "Elle doit en quelque façon être considérée comme malade, à cause de l'état neutre où elle est aussi appelle-t-on vulgairement la grossesse, une maladie de neuf mois."

llitera; tampoc havia de transportar objectes pesants, i ni tan sols podia aixecar els braços per damunt del cap.

Tot i aquestes recomanacions tan estrictes, reconeixia que aquelles dones que treballaven durant la gestació tenien parts més senzills que aquelles que portaven un règim de vida absolutament sedentari, el treball, però, havia de ser lleuger. Aconsellava repòs absolut durant el vuitè més, en contra de l'opinió de les llevadores que aconsellaven fer molt exercici. Mauriceau creia que en aquest període el fetus se situava amb el cap a la pelvis, ja que girava a causa del pes del propi cap; si la dona no feia repòs llavors el fetus no podia tombar-se de forma adequada i es quedava entravessat o en qualsevol altra mala postura.

Quan es presentaven problemes o malalties, els remeis per a les embarassades havien de ser molt suaus, a base d'herbes poc agressives; en casos excepcionals, i només en aquelles dones de complexió sanguínia eren permeses les sagnies durant l'embaràs,<sup>279</sup> ja que l'experiència li havia mostrat que en certs casos s'havien utilitzat amb resultats satisfactoris.

Mauriceau dedicà una part important del primer tom, un total de disset capítols, a les patologies de l'embaràs. El més extens és el que es refereix a les pèrdues hemàtiques durant l'embaràs, afirma que les pèrdues a l'inici de l'embaràs no sempre són perjudicials, ja que poden ser degudes a que com que l'embrió és petit no necessita tota la sang, això acostuma a succeir en aquelles dones de complexió sanguínia i pituitària. En cas de pèrdua de sang durant l'embaràs aconsella fer un tacte vaginal per tal de comprovar si el coll de la matriu està tancat, no especifica, però, quin professional l'ha de fer.<sup>280</sup> Distingeix entre aquestes pèrdues d'inici de l'embaràs i aquelles altres pèrdues abundants

---

<sup>279</sup> En el segle XVIII, la sagnia era un tractament habitual per a les embarassades. S'obria una vena amb un tall d'escalpel i es deixava fluir entre mig i un litre de sang. Aquest tractament no era d'aplicació exclusiva durant l'embaràs, sinó que s'usava profusament per tractar una ampla varietat de malalties en ambdós sexes. Durant l'embaràs en algunes zones les embarassades eren sotmeses de forma rutinària a dues o tres sagnies al llarg de l'embaràs. Vid., O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 69.

<sup>280</sup> Vid. Mauriceau, F., *op. cit.*, p. 156.

que solen presentar-se en l'embaràs més avançat i que poden anar acompanyades de dolor, en aquest cas es pot haver produït un despreniment de la placenta, que pot ocasionar la mort a la mare i el fetus. Si la pèrdua és abundant o es presenten convulsions recomana enèrgicament procurar que la dona doni a llum al més aviat possible, en aquest cas la presència del cirurgià es fa imprescindible:

«...el Cirurgià tenint la mà untada d'oli o de mantega fresa; introduirà poc a poc els seus dits junts dins la Matriu,... per dilatar-la suficientment mica en mica, i sense cap violència,... si reconeix que les membranes no s'han trancat, no serà cap dificultat trencar-les, ...sempre, en aquestes ocasions ha de buscar els peus del fetus i tibar-los». <sup>281</sup>

El capítol de les pèrdues hemàtiques i les convulsions en el part és el més extens dins de les patologies, ja que a més de la descripció del problema obstètric també explica amb detall el cas que va viure la seva germana i que la va conduir a la mort, per causa de la desatenció del cirurgià que la va visitar, i que es va negar a atendre-la donada la gravetat de la situació. L'objectiu de Mauriceau, en aquest capítol, és donar pautes d'actuació que evitin que altres dones morin per la mateixa causa, ja que creu fermament que una actuació experta, acurada i a temps, per part del cirurgià, hauria salvat la vida de la seva germana. El plantejament dels aspectes ètics de l'actuació professional és un aspecte important en aquest capítol que tractarem en l'apartat següent.

---

<sup>281</sup> *Íbid.*, p. 161 « ...le Chirurgien ayant la main ointe d'huile ou de beurre frais ; introduira peu a peu ses doigts joints ensemble dans la Matrice....pour la dilater suffisamment petit a petit, & sans aucune violence..., s'il reconnaît que les membranes des eaux ne soient pas percées, il ne sera aucune difficulté de les rompre, pour glisser au même temps sa main au-dedans d'elles...il doit toujours en cette occasion aller chercher les pieds de l'enfant pour les tirer. »

El llibre segon està dedicat en exclusiva a l'assistència al part. Mauriceau defineix el part normal com aquell que es produeix a terme i es desenvolupa sense accidents considerables i en el qual el nen neix amb bona figura i situació. Accepta com a terme els nou mesos de gestació i nega les afirmacions d'Hipòcrates sobre la duració de deu o onze mesos, en alguns embarassos; tanmateix, en l'obra refusa pronunciar-se sobre el reconeixement legítim d'un fill nascut als onze o dotze mesos després de la mort del pare. No accepta que, com afirmà Hipòcrates, un fetus de vuit mesos tingui més problemes per sobreviure que un de set , i nega el patiment de set mesos que segons Hipòcrates presenten tots els fetus.

En el capítol VI del segon llibre es fa esment a l'assistència que ha de rebre la dona quan inicia el treball de part. Afirma que ell, com a cirurgià, havia assistit molts parts a l'Hotel Dieu de París, però manté que és la llevadora el professional que en primera instància ha de tenir cura de l'assistència a la partera. En la seva obra, Mauriceau tracta sempre les llevadores amb respecte i, a diferència d'altres autors de l'època, no les acusa d'ignorància i mala praxis. Recomanava a les llevadores que tactessin el coll de la matriu per reconèixer quan la bossa de les aigües estava a punt de trencar-se i conseqüentment l'expulsió del fetus era imminent, considerava important que la llevadora es mantingués al costat de la partera durant tot el treball de part, per tal de poder-li prestar una millor atenció:

«La llevadora tectarà amb el dit l'orifici intern de tant en tant, per tal de reconèixer quan les aigües estan a punt de trencar-se, i si el part serà tot seguit. Ella humitejarà tanmateix els genitals amb algun tipus d'oli emol·lient... i durant aquest temps ella estarà sempre prop de la malalta, amb la finalitat d'observar amb atenció els gestos, els planys i



els dolors; ja que amb aquestes coses pot jutjar si el treball avança, sense estar obligada a tectar la dona tantes vegades per baix».<sup>282</sup>

Aconsella una actitud poc intervencionista, passejar durant la dilatació, tenint en compte que l'ambient estigui caldejat i evitant sempre els cops d'aire, a estones la partera pot estirar-se al llit. Aconsella a les llevadores que deixin que les aigües es trenquin de forma espontània:

«La llevadora les ha de deixar trencar per si mateixes, i no fer com algunes que s'impacienten per la duració del treball de part, i acaben trencant les membranes per fer córrer les aigües».<sup>283</sup>

Però si quan la llevadora fa un tacte vaginal detecta que el fetus es presenta en una posició que no és la correcta, és a dir comprova que la part que es presenta no és el cap, llavors cal que avisi al més aviat possible un cirurgià expert en aquestes operacions, no ha de deixar passar el temps i permetre que la situació evolucioni fins a extrems perillosos.

Mauriceau aconsellava preparar una cadira o millor un petit llit davant del foc, on s'acomodaria la partera, un cop s'hagués trencat la bossa de les aigües.

«Es prepararà una cadira apropiada per a aquest ús o millor, un llit petit, que es col·locarà prop del foc si l'estació de l'any ho requereix; aquest s'haurà de desproveir de qualsevol objecte que pugui entorpir

---

<sup>282</sup> *Íbid.*, p. 241. «La Sage-femme touchera du doigt l'orifice interne de tems en tems, pour reconnaître se les eaux sont prêtes à percer, & si l'accouchement les doit bien-tôt suivre. Elle oindra aussi toutes les parties génitales de quelque huile émolliente...; & cependant elle se tiendra toujours proche de la malade, afin d'en observer attentivement les gestes, les plaintes, & les douleurs; car par ces choses on juge bien à peu près si la besogne s'avance, sans être obligé de toucher la femme tant de fois par bas »

<sup>283</sup> *Ídem.*, «la Sage-femme les doit laissez percer d'elles-mêmes, & ne pas faire comme quelques-unes, qui s'impacientent de la longueur du travail, viennent à rompre ces membranes pour les faire écouler »

el pas, de forma que es pugui girar al voltant, amb la finalitat de poder ajudar amb comoditat la malalta en tot allò que ella necessiti».<sup>284</sup>

Mauriceau també es mostra innovador en aquest aspecte. Ell inicià la pràctica que s'anirà fiant amb els anys de donar a llum en posició horitzontal. Els parts que fins aquest moment eren atesos en les cadires de parts, que les llevadores portaven al domicili de la partera, passen a ser assistits al llit. Mauriceau explica en la seva obra que no totes les dones volen parir en la mateixa posició, les de poble acostumaven a fer-ho agenollades, algunes volien quedar-se dempeus o recolzades, altres preferien un matalàs al terra, etc., però segons la seva opinió la millor postura i tanmateix la més segura era sobre un llit ordinari:

«Quan la dona estigui a punt de parir és necessari fer-la tombar repenjada sobre l'esquena, tenint el cos de mitjana figura; és a dir el cap i el pit una mica elevats de forma que no estigui completament estirada... Trobant-se en aquesta postura, ella separarà les cuixes una de l'altra, flexionant les cames i acostant una mica els talons contra les natges, que es mantindran lleugerament incorporades mitjançant un petit coixí que s'haurà col·locat a sota».<sup>285</sup>

És el primer autor que aconsella el llit per tal d'assistir el part normal. Fins aquest moment el llit s'usava només quan els parts eren molt perllongats i la

---

<sup>284</sup> *Íbid.*, p. 238. «On lui préparera une chaise propre à cet usage, ou plutôt, un petit lit, qu'on mettra proche du feu, si la saison le requiert ; lequel lit doit être dégagé de l'embaras, en telle sorte, qu'on puisse tourner tout autour, afin de pouvoir plus commodément aider la malade en ce qu'elle aura besoin »

<sup>285</sup> *Íbid.*, p. 244. « ...Que la femme ainsi prête d'accoucher y fois couchée sur le dos, ayant le corps de moyenne figure ; c'est-à-dire, la tête & la poitrine un peu élevées, & de telle sorte qu'elle ne soit pas entièrement couchée.....Etant en cette posture, elle écartera ses cuisses l'une de l'autre, en pliant les jambes, & approchant un peu les talons contres les fesses, qui seront médiocrement élevées par un petit oreiller mis dessus ».

dona estava molt cansada, però si el part es desenvolupava amb normalitat la dona no es posava al llit fins després de despendre la placenta. Després del part, la puèrpera s'ajeia al llit, on descansava cotxada entre roba blanca i neta, mentre altres dones tenien cura d'ella i del nadó.<sup>286</sup>

Mauriceau considerava que els parts contranaturals<sup>287</sup> havien de ser atesos sempre per un cirurgià. En el seu tractat fa referència a les qualitats que han d'adornar un bon cirurgià:<sup>288</sup>

«No ha de ser massa vell, que el seu cos no sigui dèbil ni caduc, ha de tenir principalment les mans petites,...que siguin però fortes, i els seus dits un xic llargs, principalment l'índex,... i que les ungles estiguin tallades ben prop de la carn. Ha de ser d'aspecte agradable, tant en el seu vestit com en la seva persona, a la fi de no espantar a les pobres dones que tenen necessitat de la seva assistència.»<sup>289</sup>

---

<sup>286</sup> En aquests moments les classes burgeses disposaven de cases en les que el dormitori s'havia convertit en una estança íntima en la que els llits es trobaven ben dotats de llençols, vànoves i coixins. Poder parir en el llit podia ser un motiu de distinció i distanciament de les classes baixes que no podien fer-ho, doncs no disposaven d'un dormitori separat de la resta de la casa, de vegades no tants dols disposaven d'un llit. Per tant, el part al llit podia ser considerat per les dones burgeses com un signe de distinció. Aquesta hipòtesi permetria explicar l'èxit de la nova mesura que ha arribat fins a l'actualitat, tot i que se sap que la posició horitzontal dificulta l'expulsió del fetus, doncs la força de la gravetat n'afavoreix la sortida quan la dona es troba dempeus o asseguda.

<sup>287</sup> Per a Mauriceau un part contranatural es donava quan el nadó no es presentava de cap, sinó que presentava la part anterior del cos, les parts posteriors, les laterals o els peus. Mauriceau, *op. cit.*, p. 269.

<sup>288</sup> Aquest apartat ens fa recordar el dedicat a les qualitats d'una bona llevadora que hem vist en les obres de Sorà o Damià Carbó.

<sup>289</sup> Mauriceau, *op. cit.*, p. 269. "... ne doit pas être d'un âge si avancé, que son corps en soit rendu débile & caduque, mais il faut principalement qu'il ait les mains petites,... i qu'elles soient fortes, & leurs doigts un peu longs, & particulièrement l'index,...& que les ongles soient soignés bien près de la chair... Il doit être de bon & agréable aspect, propre en ses vêtements, aussi-bien qu'en sa personne, afin de ne pas essayer les pauvres femmes qui ont besoin de son assistance."

En relació amb l'atenció a la puèrpera, recomana que sigui conduïda immediatament al llit, en cas que no hi hagués parit. Millor portar-la en braços i que no camini. El llit s'haurà d'haver preparat per tal que estigui calent i pugui recollir les pèrdues. Si la dona ha parit al llit, llavors cal netejar totes les pèrdues que s'hagin produït durant l'expulsiu. La puèrpera ha de ser col·locada amb el cap i el cos un xic incorporats, per tal que pugui respirar lliurement i afavorir la sortida dels loquis, ja que si aquests es coagulen dins la matriu llavors produeixen dolor; tanmateix, cal que la dona es mantingui amb les cames juntes després del part. L'alimentació de la mare ha de ser suau durant els tres o quatre primers dies del puerperi. Mauriceau desaconsella fer una gran celebració si es bateja el nen durant els primers dies de vida, ja que això obliga la mare a estar pendent dels convidats en un moment en què necessita repòs. Desaconsella l'alletament matern durant les primeres vint-i-quatre hores després del part, ja que la dona està massa alterada. Aconsella l'alletament matern perquè la llet de la mare és la millor a causa de la similitud dels temperaments i perquè la mare serà sempre la dona que més estimarà el seu nadó; però si la mare no vol ser nutrícia aconsella posar remei per tal que no pugui la llet.<sup>290</sup> En cas d'optar per la contractació d'una dida cal seleccionar-la basant-se en l'edat, no haurà de tenir menys de vint-i-cinc anys ni més de trenta-cinc, tot i que en algun cas es pot ampliar fins als quaranta, no haurà de fer menys d'un mes que hagi parit ni tampoc més de tres o quatre, és desitjable que no hagi patit avortaments amb anterioritat, que hagi tingut un embaràs a terme i preferentment amb un fetus masculí,<sup>291</sup> viu i ben format, millor si es tracta d'un segon o tercer fill, ja que la llet

---

<sup>290</sup> Segons la redacció de Mauriceau sembla ser que la decisió d'alletar o no als fills era pressa per la mateixa dona segons les seves preferències o circumstàncies personals. Cita com a motius més habituals per no alletar: La conservació de la bellesa dels pits per part de les dones burgeses, aquelles dones que s'hi neguen, aquelles que no ho volen els seus marits, o aquelles que no poden fer-ho perquè es troben indisposades o incomodades. Vid., Mauriceau., F., *op. cit.*, p. 378.

<sup>291</sup> La recomanació de que la llet de les dones que havien parit nens era millor era habitual en l'època, per a Mauriceau però, el fet que hagués parit una nena no havia de suposar un impediment.

serà de millor qualitat. També és important la bona constitució del cos i particularment dels pits, la naturalesa de la llet, així com els bons costums.

Després del naixement del nadó les cures han d'anar a càrrec de la llevadora. Cal que lligui el llombrígol deixant una distància d'un través de dit fins al ventre. Mauriceau aconsella fer-ho igual en els nens i les nenes, ja que explica que hi ha la creença que en els nens el melic s'ha de lligar més lluny per tal que el penis creixi i que en les nenes s'ha de fer a prop de la pell de l'abdomen per tal que la matriu no es prolapsi. Un cop lligat el llombrígol amb dues lligadures, per tal que no s'afluixi, cal tenir cura de la higiene del nadó, aconsella rentar-lo amb aigua i vi per desprendre les restes d'orina, meconi i la substància blanca i greixosa que cobreix la pell del nadó.<sup>292</sup> Rebutja el costum, d'algunes zones d'Alemanya, de banyar els nadons amb aigua freda, amb la intenció de fer-los més forts. Un cop net, la llevadora ha de fer una revisió acurada de la normalitat del cos de nadó, i després vestir-lo, sense comprimir gaire els embenatges i embolcalls. És convenient administrar als nadons un xic de vi ensucrat, ja que afavorirà l'eliminació de les flemes i en cas que no es produeixi l'evacuació del meconi en les primeres vint-i-quatre hores de vida, llavors és recomanable posar-li un supositori per provocar-ne l'evacuació.

L'obra de Mauriceau constitueix una obra de referència, algunes de les seves recomanacions són encara vigents actualment. La seva lectura ens mostra un gran interès per millorar la salut de les dones embarassades i les puèrperes; el to emprat en l'obra és en tot moment seriós i respectuós cap als fets que tracta. Mauriceau va escriure guiat en tot moment per la seva vocació i dedicació a l'atenció obstètrica i podem considerar que la seva obra ha contribuït

---

<sup>292</sup> Es refereix a la vèrnix caseosa, substància greixosa que cobreix la pell dels fetus a l'interior de l'úter i que serveix de protecció donat el medi aquàtic en que es troba el fetus. Aquesta substància es pot observar en el moment del naixement en molts nadons, especialment en la zona de l'esquena. Mauriceau explica que moltes dones creien que aquesta substància es produïa si elles mengaven formatge durant l'embaràs o també es podia deure a la pràctica del coit durant el vuitè mes. Ell ho desmenteix en el llibre, però no dona cap explicació del seu origen.

enormement en l'avanç de la ciència obstètrica; no obstant això, la seva obra ha comportat alguns efectes perversos: la consideració de l'embaràs i el part com a situacions de malaltia varen propiciar la medicalització d'embaràs i naixement. Va contribuir a l'extensió de la idea que el cos de la dona no està capacitat per accomplir la tasca procreadora per si mateix i que necessita, per tant, la supervisió mèdica. S'inicia un procés d'expropiació de l'autopercepció de la capacitat procreadora de la dona per part de la medicina, que ha perdurat fins a l'actualitat.

#### **4.5.1.2. La preocupació pels comportaments ètics en l'obra de Mauriceau**

Un aspecte innovador i interessant que apareix de forma reiterada en la lectura de *Traité des maladies des femmes grosses et celles qui son accouchées* és la forta preocupació de l'autor per les qüestions ètiques relacionades amb l'actuació professional i l'assistència obstètrica. Explicitarem tres moments de l'obra en els quals aquests aspectes es fan especialment palesos.

**El principi de beneficència:** el primer dilema ètic de l'obra el planteja François Mauriceau, en el capítol vint-i-u del primer llibre, quan fa referència a la mort de la seva germana, qui als vint-i-un anys, quan estava embarassada de vuit mesos i mig, en la seva cinquena gestació, inicià unes fortes pèrdues hemàtiques acompanyades de dolor abdominal. Davant la situació la noia va optar per fer repòs, però en veure que les pèrdues no cedien, a les onze del matí avisà la llevadora, qui després d'examinar-la, va diagnosticar que estava de part i que els dolors que presentava farien que dilatés i donés a llum. Després de tres o quatre hores la situació seguia igual, llavors la llevadora va creure oportú fer avisar el seu germà François, que en aquells moments estudiava cirurgia, però no el van localitzar ja que estava fora de la ciutat, seguidament van fer avisar el millor cirurgià de París, qui en arribar al domicili, a les quatre de la tarda, va

dictaminar que aquella dona moriria i que ell no podia fer res per evitar-ho, i se'n tornà cap a casa. La llevadora va acceptar el dictamen del cirurgià i es va quedar al costat de la partera. Al cap de set hores, quan François va arribar a casa, i va saber la situació, va acudir a casa de la seva germana; llavors ja havia perdut molta sang, i encara n'estava perdent. Mauriceau li va fer una exploració vaginal i va trobar una dilatació en el coll de la matriu que li permetia la introducció de dos o tres dits a l'interior de l'úter, va fer repetir l'exploració a la llevadora, la qual li va confirmar que aquesta era la mateixa dilatació existent quan havia arribat el cirurgià. Mauriceau considerà que en aquestes condicions obstètriques es podia extraure el fetus i amb aquest propòsit va fer tornar a avisar el cirurgià, el qual es va negar a acudir a la casa; seguidament en va fer avisar un altre que no es va poder localitzar per ser fora de la ciutat. Una hora i mitja més tard, va fer ell mateix l'operació, tot i no haver-la practicat mai amb anterioritat. Procedí a trencar la bossa de les aigües, dilatà suaument el coll de la matriu i extragué el fetus agafant-lo pels peus. Aconseguí extraure el nen encara viu, per tal de poder-li donar baptisme, però la mare va morir a causa de la gran quantitat de sang que havia perdut.

Mauriceau critica en la seva obra la ignorància de la llevadora i el cirurgià, per no haver extret el fetus, però és especialment crític amb el segon, de qui considera que va negar l'assistència deguda a la seva germana per ignorància, malícia o políctica, i va considerar prioritària aquesta tercera raó, ja que els professionals amb renom no acceptaven d'assistir els parts difícils i complicats, en què hi havia el risc de mort de la mare, per tal de no perjudicar la seva fama. Això sembla que era especialment freqüent entre aquells cirurgians que donaven assistència a les dones de classe alta que cobraven uns importants honoraris per la seva feina i entre els quals un antecedent d'una dona morta en el seu expedient podia fer disminuir la seva fama.

Mauriceau considera que un cirurgià no es pot negar a donar assistència i per aquest motiu descriu amb detall l'operació, per tal que els professionals que l'estudiïn puguin repetir-la amb èxit. Quan Mauriceau escriu el llibre explica que

amb el pas dels anys ell havia repetit aquesta intervenció més de dues-centes vegades amb un elevat percentatge de bons resultats.

**La informació sanitària:** un altre tema en el qual no és gaire eloqüent, però que suposa una certa novetat és el de la informació a la pròpia dona de la gravetat de la situació, quan es presenta un part dificultós. En el capítol onzè del segon llibre, François Mauriceau tracta els parts contranaturals, en els quals la mà del cirurgià es fa imprescindible. Després d'explicar les qualitats que ha de posseir un bon cirurgià per tal de poder ser un bon professional, fa esment a com i a qui s'ha de donar informació sobre la situació. Mauriceau aconsella al cirurgià que doni la informació sobre la situació de perill vital al marit i als assistents, i fins i tot a la malalta, si ell ho considera apropiat, perquè pugui rebre els últims sagraments.

**Conflicte maternofetal:** un punt que Mauriceau tracta amb profunditat és el que la literatura actual anomena com a *conflicte maternofetal*. En el capítol trenta-dosè del segon llibre exposa amb deteniment el tema de l'operació cesària. En aquells moments de la història no es coneixia l'anestèsia, ni els antibiòtics, tampoc es tenien les nocions més fonamentals sobre asèpsia, per no citar les precàries tècniques quirúrgiques del moment; tot això ens pot fer comprendre el risc que suposava la realització d'una operació cesària.

Tot i que la idea de l'extracció del fetus a través de la paret abdominal de la mare data dels temps mitològics, com en el cas de Zeus que va arrancar el prematur Dionisi de l'abdomen de la seva mare, per implantar-lo en la seva cuixa, o en el cas de Buda de qui es diu que l'any 563 aC va néixer del costat dret de l'abdomen de la seva mare.<sup>293</sup> El cert és que, la realitat, la incisió de l'abdomen de la mare per tal d'extraure el fetus només es realitzava quan la mare era morta, ja que estava prohibit enterrar una dona embarassada sense extraure el fetus del seu ventre amb la intenció de donar-li baptisme, exemple de cesàries realitzades a dones mortes en trobem en imatges i iconografies de

---

<sup>293</sup> Vid. O,Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 131.



l'antiguitat i l'edat mitjana. La utilització, però, del terme *part per cesària*, es va fer per primera vegada per Roset l'any 1581. Es té constància d'una cesària realitzada amb èxit i amb supervivència de la mare i el nadó l'any 1500; sembla que va ser realitzada per Jacob Nufer a la seva pròpia esposa. Nufer no era metge ni cirurgià, era un home analfabet que exercia com a castrador de truges. L'esposa de Nufer, Elisabeth Alice Pachin, estava de part, però després de diversos dies amb contraccions no aconseguia parir per via natural, tot i l'assistència de tretze llevadores i alguns cirurgians. El marit, després d'obtenir el permís del magistrat i del president de Fravenfelden, va dur a terme la intervenció en presència dels cirurgians i de dues de les llevadores (la resta de les llevadores no van voler-hi assistir, ja que s'oposaven a la realització d'aquesta). L'operació va ser un èxit i va aconseguir salvar la mare i el fill. Aquest nen va viure fins als setanta-set anys; la mare va tenir posteriorment bessons per via natural i més tard quatre fills més, i va viure fins als seixanta anys. Recentment s'ha proposat la hipòtesi que possiblement l'esposa de Nufer presentava en realitat un embaràs extrauterí a terme i que per tant no es va seccionar l'úter.<sup>294</sup>

Al marge d'aquest primer episodi, que podem considerar anecdòtic, durant el segle XVIII alguns metges com Charles White i John Hull començaren a proposar la realització de cesàries, en lloc de practicar altres tècniques vigents aleshores com la pràctica de la craniectomia, que conduïa inexorablement a la mort del fetus. La realització d'una cesària, donades les condicions obstètriques del moment, comportava gairebé amb tota seguretat la mort de la mare uns dies després de la intervenció.

La primera cesària realitzada a la Gran Bretanya va tenir lloc el 20 de juny de 1737 pel doctor Smith, un cirurgià d'Edimburg que li va realitzar a una dona

---

<sup>294</sup> Aquesta història fou relatada pel mateix Nufer i fou publicada per primera vegada per Caspar Bauhin (1550-1624) en un apèndix de la seva traducció llatina del llibre de Rousse i tornà a ser relatada l'any 1751 per John Burton. Vid., O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 131.

que portava sis dies de part i que presentava una pelvis molt distorsionada. El nen va néixer mort i ella va morir divuit hores més tard de la intervenció. Un dels primers casos finalitzats amb èxit va ser realitzat per una llevadora, que va practicar una cesària el gener de l'any 1738. El nom de la pacient era Alice O'Neale, tenia trenta-tres anys d'edat i era l'esposa d'un granger de Charmelot, a Irlanda. La dona tenia ja altres fills que havia parit de forma natural, però en aquella ocasió duia dotze dies de part, i finalment la llevadora Mary Donally li va practicar la cesària, va aconseguir extraure el nen amb vida, va suturar la ferida i va aplicar-hi clara d'ou per facilitar la cicatrització. La dona va viure amb l'únic efecte secundari d'una hèrnia abdominal desenvolupada en el lloc de la sutura.<sup>295</sup>

El tema de la cesària propugnà una polèmica ètica i teològica relacionada amb la prioritització d'una de les dues vides, hi havia qui defensava que era prioritària la vida de la mare, mentre que altres defensaven que s'havia de donar prioritat a la vida del nen.

François Mauriceau dedica un extens epígraf a aquest tema, com ja hem mencionat el tractà en el llibre segon en referència als problemes del part. Mauriceau mantingué una postura molt ferma, i es posicionà al costat d'Ambroise Paré, que també propugnava que en cap cas s'havia de sacrificar la vida de la mare. Mauriceau es mostrà contrari a altres autors del moment, com Roueff, que defensaven que era preferible el sacrifici de la vida material i corporal de la mare, per tal de poder donar vida espiritual al fetus, amb l'administració del sagrament del baptisme, si s'aconseguia extraure'l amb vida del ventre matern. Per evitar aquesta cruel pràctica Mauriceau havia dissenyat una xeringa que podia introduir-se a través del coll de la matriu, i mitjançant la qual es podia acostar aigua beneïda al cap del nen, després de practicar la ruptura de la bossa de les aigües.

---

<sup>295</sup> Per a una visió més amplia de la història de la intervenció cesària veu O'Down, M. J., i Phillip, E.E., *op. cit.*, pp. 131-137

Mauriceau, fonamentant-se en la tercera carta de Sant Pau als romans, argumentava que no era lícit practicar un mal per tal d'obtenir un bé, argumentava que si calia optar per la salvació de la mare o el fetus sempre era preferible optar per la mare; i més tenint en compte que el nadó gairebé sempre acabava morint després d'un part dificultós, i no aconseguia viure més que unes hores després que li fos administrat el baptisme.

Per a Mauriceau, però, la causa última que es permetessin tantes cesàries estava en l'avarícia d'aquells que permetien el sacrifici de l'esposa per tal d'aconseguir un successor que els permetés la continuació de la nissaga:

«És més per satisfer l'avarícia de certes gents, que donen poca importància a que la mare mori, si ells aconseguen un fill que els pugui sobreviure; no tant per mantenir el llinatge, com per poder heretar després; és per aquesta raó que ells donen voluntàriament el seu consentiment a una intervenció tan cruel».<sup>296</sup>

Per a ell aquest és un fet escandalós que mereixia la persecució judicial. Al seu parer, el sacrifici de la mare no estava mai justificat, ni tan sols quan la seva mort podia comportar un bé públic superior, fins i tot en cas d'una raó d'estat. En el *Traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées* il·lustra aquesta afirmació amb el cas d'Enric VIII d'Anglaterra que sembla que va autoritzar la pràctica d'una cesària a la seva tercera esposa Jane Seymour, per tal que nasqués amb vida el que posteriorment seria el rei Eduard VI. Jane Seymour va morir quatre dies després del part.

Per a Mauriceau la presa d'una decisió d'aquest tipus basada en el bé d'estat era discutible, ja que no es podia saber si el fetus que es volia salvar seria

---

<sup>296</sup> Mauriceau, F., *op. cit.*, p. 352. "C'est plutôt pour satisfaire à l'avarice de certaines gens, qui se mettent fort peu en prime que leur femme meure, pourvu qu'ils en ayant un enfant qui lui puisse survivre ; non tant pour en avoir lignée, qu'afin d'en héritier après ; pour raison de quoi ils donnent volontiers leur consentement à une si cruelle opération. »

nen o nena, i per tant no sempre es disposaria d'un hereu al tro, a canvi de la vida de la mare. Tampoc es podia saber si aquest hereu aconseguiria viure el temps suficient per tal d'heretar el tro i tanmateix si s'optava per salvar la mare sacrificant el fetus amb una craniotomia, la dona podria tenir altres embarassos que podien finalitzar mitjançant parts més senzills que li permetrien donar hereus a la corona.

Un no ha de emprendre mai, en cap ocasió, aquesta operació que comporta després la mort de la mare.<sup>297</sup>

Mauriceau aconsellava que si el volia extraure el fetus encara viu, podia fer-se quan la mare era en l'últim alé de vida, tot i que moltes vegades el fetus estaria molt dèbil i també moriria. Per a Mauriceau, la cesària s'havia de practicar sempre si la mare moria, ja que la llei del moment prohibia enterrar una dona embarassada sense haver-li extret el fetus. En aquest cas advocava per realitzar una incisió al mig del ventre, obrir el peritoneu i després l'úter. Tots els nadons que ell havia vist néixer en aquestes circumstàncies, si encara eren vius, en el moment del naixement estaven molt dèbils. Aconsellava palpar el cordó umbilical i si aquest encara bategava, si encara hi havia algun signe de vida; en aquest cas el capellà podia batejar-lo, i immediatament es podia intentar reanimar el nadó col·locant-li un xic de vi sobre el nas i la boca.

Aquesta polèmica també estava present al nostre país, des de l'inici de segle XVII; els arguments que s'utilitzaven per tal de decantar-se cap a la

---

<sup>297</sup> Segons O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 132. Mauriceau en la tercera edició del seu llibre acceptava la pràctica de la cesària en cas de raó d'estat. La tercera edició de *Traité des Maladies des femmes Grosses et Celles qui son Accouchées* va ser traduïda a l'anglès per M. Cahmberlain, l'any 1672. En la setena edició del llibre de Mauriceau, de l'any 1740, exemplar consultat per a la redacció d'aquest treball, l'autor es reafirma en la negativa al sacrifici de la vida de la mare, fins i tot si es troba en joc l'herència d'una corona. Vid., Mauriceau, F., *Íbid.* "...on ne doit jamais, en quelque occasion que ce soit, entreprendre cette opération qu'incontinent après le décès de la mare."

defensa de la vida del fetus o la de la mare eren idèntics als presentats per Mauriceau en la seva obra. Usandizaga (1944) ens mostra una àmplia descripció d'un part de natges en el qual es descriu la situació viscuda per una família en què una dona que està de part, i que és llevadora de professió, no pot parir el seu fill perquè es presenta de natges, l'obra descriu en clau d'humor la deliberació dels metges davant la situació, mentre el pare de la criatura (també metge) demana una cesària quan considera que la seva esposa està moribunda, amb la intenció de salvar la criatura. La mare que encara està conscient demana clemència al seu marit, argumentant que si sobreviu podrà tenir altres fills que naixeran vius. L'escena es desenvolupa l'any 1644 i pertany a la novel·la picaresca *Vida de don Gregorio Guadaña*, original d'Antonio Enríquez Gómez:

«Es va omplir la casa de veïnes, per tal d'acompanyar la meva mare quan ella empenyia per treure'm de dins seu, empenyien totes, i algunes parien abans que la meva mare. Vaig insistir que naixeria dempeus, per tal de no arribar rodolant de cap, com ho fan tots. Avisà la llevadora, deixeble de la meva mare, (aquesta era llevadora) al meu pare (que al seu torn era metge) d'aquest treball, profetitzant un part perillós, com si no ho fossin tots, ja que surten a morir. Em pregaven que donés una volta, com si fos un gos coniller, i jo tossut que tossut, plantant-me fermament dempeus en el ventre de la meva mare. “Va amiga –deia l'esmentada llevadora– mestra sou, serviu-vos de la vostra ciència”. “Quina ciència, pecadora de mi –respongué la meva mare– si aquest lladre de doctor me la va prendre amb una cataplasma. Llavors les veïnes, les unes plorant, altres enrabiades deien: “Empenyi senyora llevadora, que li va la vida: surti de peus o de cap, tregui'l fora”. “No puc” –deia la meva mare. “Doncs ha de poder” – replicava la seva deixeble rasant-li els peus. I jo erra que erra.

Avisaren el meu oncle el cirurgià, i alguns metges amics del meu pare; van fer junta per parlar de mi fins i tot abans de ser nascut: tals són els metges que encara allí tenen jurisdicció sobre les nostres

vides. Donaren la meva mare per morta si no em treien esquarterat, com si jo hagués comès algun crim contra Sa Majestat. El meu pare anava cridant que obrissin la meva mare pel mig si volien que jo sortís viu; ho sentí ella que no estava tan morta i digué “obert tingueu el cor: deixeu-me viva, que si aquesta cataplasma ha sortit dolenta, una altre en sortirà bona”. Resolgueren a pescar-me amb ham, com si fos un barb; començà el meu oncle a treure garfis per treure el pou de la seva mare la marmita del seu fill. Vaig olorar el fruit de Biscaia (el ferro), vaig posar-me de peus junts, desitjant sortir d’aquell perill; demanà espoderaments la llevadora i a dues empentes vaig tirar-me de dins la meva mare, de la finestra de la mort al carrer de la vida».<sup>298</sup>

---

<sup>298</sup> Usandizaga, M., *op. cit.*, pp. 177-178. “Llenose la casa de vecinas, las cuales por hacer compañía a mi madre cuando ella pujaba por echarme de si, pujaban todas, y algunas parían antes que mi madre. Di en que había de nacer de pies, por no venir rodando de cabeza, como hacen todos. Avisó la comadre, discípula de mi madre, (ésta era comadrona) a mi padre (que a su vez era médico) de este trabajo, profetizando un parto peligroso, como si no lo fueran todos, pues salen a morir. Rogabanme que yo diese una vuelta, como si fuera podenco, y yo quedo que quedo, plantándome pies firmes en el vientre de mi madre. “Ea amiga- decía la sota comadre- maestra sois, valeos de vuestra ciencia” “¿Qué ciencia, pecadora de mi – respondió mi madre- si ese ladrón de doctor me la quitó con una bizma? Entonces las vecinas unas llorando otras rabiando decían: “Puje señora comadre, que la va la vida: salga de pies o de cabeza, échelo fuera. “ “No puedo – decía mi madre- “pues ha de poder”- replicaba su discípula rascándole los pies. Y yo erre que erre. Llamaron a mi tío el cirujano y algunos médicos amigos de mi padre; hicieron junta sobre mí aun antes de nacido: tales son los médicos, que aún allí tienen jurisdicción sobre nuestras vidas. Dieron a mi madre muerta si no me sacaban hecho cuartos, como si yo hubiera cometido algún crimen de lesa majestad. Mi padre decía a voces que abriesen a mi madre por medio si querían que saliese vivo; oyolo ella que no estaba tan muerta y dijo “abierto tengáis el corazón: dejadme viva, que si esta bizma salió mala, otra saldrá buena”. Resolvieron a que me pescasen con anzuelo, como si fuera barbo; empezó mi tío a sacar garfios para sacar del pozo de su madre el caldero de su hijo. Olí el fruto de Vizcaya (el hierro), puseme de pies juntillos, deseando salir de aquel peligro; pidió pujos la comadre y a dos rempujones e arrojé de mi madre, de la ventana de la muerte a la calle de la vida.”

## 5. Segles XVIII-XIX. L'obstetrícia s'obre camí com especialitat mèdica

L'arribada del segle XVIII contribuï a un canvi en la forma de pensar i entendre la vida. Durant molts segles s'havia concebut la vida com una estructura circular dins un gran cercle vital original, en aquest pensament es dibuixava una consciència de la vida en què les generacions se succeïen i on cada individu descrivia un arc de vida, més o menys llarg, segons la duració de la seva existència. Cada ésser tenia un cos, el seu propi cos, però la dependència del llinatge, la solidaritat de la sang era tan forta que l'individu no podia sentir el seu cos com a plenament autònom. La prioritat es dirigia a la conservació del llinatge. En aquesta concepció de la vida, el nadó era considerat com la continuació d'un tronc comú, part d'un gran cos col·lectiu que, mitjançant la superposició de les generacions excedia el temps. Però a poc a poc, l'home va anar adquirint consciència del seu propi interès, consciència de la seva individualitat i de la seva autonomia. Amb el propòsit de resoldre el millor possible la contradicció que es presentava entre aquesta voluntat de viure la pròpia vida i la voluntat de perpetuar-se en el llinatge comú, es varen començar a modificar els comportaments familiars.<sup>299</sup>

El fet que el cos individual s'anés diferenciant simbòlicament del cos col·lectiu de la família, l'estirp o la comunitat constituï segurament l'explicació de molts dels nous comportaments. En aquest nou model, el nadó ocupà un lloc

---

<sup>299</sup> Vid. Gélis, J., La individualización del niño, a Ariès, P., i Duby, G., *Historia de la vida privada. Del Renacimiento a la Ilustración*; Madrid, Ed. Santillana, 2001, pp. 293-307.

primordial en la preocupació del pare i la mare; un nen a qui es volia per si mateix i no només com a continuador del llinatge.

La consciència d'un cicle de vida circular fou substituïda, primer en les classes acomodades, però a poc a poc també en les de classe mitjana; primer en les ciutats, més tard en els pobles, per una nova consciència més lineal i segmentada de l'existència. S'instaurà una nova relació amb el fill. Es tractava més d'una nova voluntat de preservar la vida del fill que d'una nova mostra d'afectivitat. No és que anteriorment les famílies no estimessin els seus fills, o que no patissin amb la seva mort, sinó que la consciència de la vida i el cicle vital eren diferents, si un fill moria els pares es veien obligats a engendrar-ne un altre, ja que la vida era dura, les morts infantils habituals, i calia perpetuar l'espècie.

Aquesta nova forma de pensament tenia els seus orígens al segle XVI, però fou al segle XVIII quan es feu especialment intensa. La voluntat de cuidar-se i de curar-se es manifestà amb força, la medicina podia ajudar els individus en la consecució d'aquest benestar corporal, tot i que la medicina en aquests moments era encara força precària i no podia donar remeis altament eficaços.

Les dones, especialment aquelles de classe alta, estaven disposades a renunciar al seu pudor, i acceptaren mostrar a la classe mèdica les seves parts íntimes si això havia de permetre una millora en la supervivència dels fills. Aquest fet contribuiria a que embaràs i part fossin considerades situacions de malaltia, en les quals la medicina hi havia d'actuar, fins i tot si tot es desenvolupava amb total normalitat. En les classes acomodades començà a ser habitual que les llars disposessin de cambres on les parelles situaven el dormitori separat de la sala comuna. Aquesta cambra es convertí també en l'escenari del naixement, i els parts s'assistien assíduament en el llit.

Els metges van adquirir un nou protagonisme en aquest pensament i l'escena del part començà a formar part de les seves tasques assistencials. Tanmateix, una forta controvèrsia va sorgir entre metges, cirurgians i llevadores per tal d'establir qui havia de tenir el poder de direcció i decisió en l'assistència en el procés del part normal. El poder cada cop més important de la lletra



impresa va donar als homes un cert avantatge, ja que eren ells els que escrivien i llegien sobre ciència, i hi va haver dones llevadores que no es van quedar enrere en l'ús de la ploma, com hem vist en el cas de Louise Bourgeois, però van ser escasses les llevadores lletrades.

A l'inici del segle XVIII es va produir un fet que afavoriria extraordinàriament l'apogeu dels homes en l'assistència al naixement. El secret dels fòrceps va ser arravatat als Chamberlain i aquest instrument es va començar a utilitzar profusament. Part de la davallada de les llevadores i l'ascens dels homes cirurgians en la lluita per l'assistència al naixement es deu al fet que el fòrceps fos una màquina. Amb l'adveniment de les màquines va fer-se més difícil per a les dones trobar una ocupació, les dones van ser excloses d'ocupacions com la costura quan es van començar a utilitzar les màquines de cosir. El mateix va succeir amb l'assistència al part, ja que se les considerava poc aptes per a la utilització i domini de les màquines, fins i tot per a una màquina sense parts mòbils com és el cas del fòrceps obstètric. El domini tècnic en la utilització del fòrceps va obrir un nou camp d'actuació a cirurgians i metges.

### **5.1. L'expansió de l'ús del fòrceps obstètric**

Després de les negociacions fallides amb Mauriceau, Hugh Chamberlain va donar a conèixer el seu secret a Roger Roonhuysen d'Holanda. La família Roonhuysen van mantenir el secret dels fòrceps en forma de monopoli a Amsterdam durant seixanta anys, entre 1693 i 1753. Van explotar el monopoli mitjançant la companyia *The Medico Pharmaceutical College of Amsterdam*, on llicenciaven metges que pagaven per conèixer el secret. Aquests metges llicenciats podien exercir només a Holanda. Un metge anomenat *Roonhuysen*

s'havia negat a pagar per conèixer el secret, però va aconseguir veure el fòrceps quan un col·lega seu va obrir la bossa en un domicili on havia estat avisat per una urgència. Llavors el fòrceps va ser plagiat. Amb el temps el secret va sortir d'Holanda. Òbviament el descobriment i la seva propagació va originar un important negoci.<sup>300</sup>

Els fòrceps inventats pels Chamberlain tenien una articulació fixa entre les dues culleres. Un dia un metge anomenat *Edmun Champman* va perdre el cargol que fixava les dues branques entre els llençols del llit d'una pacient, i com que necessitava utilitzar el fòrceps va idear una nova forma de fixar les dues branques; va comprovar que aquesta nova forma de fixació era millor que l'original; un cop perfeccionada es va conèixer com *la fixació anglesa*. Aquesta fixació permet que les dues branques es creuin entre si, fet que facilita una tracció més potent.

Els fòrceps dels Chamberlain només disposaven de la curvatura cefàlica que s'adaptava al cap del fetus. El primer d'interessar-se en la forma de la pelvis òssia i el camí que havia de seguir el fetus en el canal del part va ser el cirurgià Hendrik Van Deventer (1651-1727); aquest cirurgià holandès va combinar l'interès per l'ortopèdia i l'obstetrícia, i va escriure tres llibres destinats a la formació de les llevadores. Possiblement va ser la seva preparació com a ortopeda el que el va fer interessar per l'estudi de la pelvis òssia femenina. Els seus descobriments van ser aprofitats per l'obstetra francès Levret, el qual l'any 1747 va presentar a l'acadèmia mèdica de París la descripció dels diferents plans de la pelvis òssia. Finalment, l'any 1754 Benjamin Pugh va inventar un fòrceps que disposava també d'una curvatura de la pelvis.

---

<sup>300</sup> De fet els Chamberlain no van vendre mai el seu fòrceps original, i es va trobar de forma accidental l'any 1813, quan es descobrí que en la casa que havien habitat els il·lustres cirurgians hi havia uns taulons de fusta fluixos en una de les habitacions. Quan es van retirar les fustes descobriren que hi havia el fòrceps amagat. Aquest fòrceps originals es conserva actualment a la *Medical and Chirurgical Society* de Londres. Vid., Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 101.

Van ser molts els metges i cirurgians que van introduir variacions i innovacions al fòrceps, però possiblement els noms que han passat a la història amb una més forta vinculació a l'expansió a l'ús del fòrceps han estat els esmentats Chamberlain, Chapman i Levret, així com Smellie (1697-1763).

## **5.2. El metge entra en escena en el part normal. El cas de William Smellie**

William Smellie va néixer l'any 1697 a Lesmahagow (Lanark), Escòcia. Va estudiar medicina a Glasgow i va iniciar la pràctica professional com a metge a Lanark l'any 1720. Les llevadores l'avisaven en cas de parts difícils. Va anar fins a Londres per millorar la seva preparació obstètrica, però no n'estava satisfet, ja que només podia realitzar pràctiques amb maquetes de pelvis femenines. Per aquest motiu, va viatjar fins a París, on els cirurgians estaven autoritzats per poder assistir parts normals.<sup>301</sup> Va tornar a Londres cap al 1740 i allà va recomençar la seva pràctica, unint-se a William Hunter (1718-1783), que va ser el seu alumne primer i col·lega després, al llarg de vint-i-un anys.

Des de la seva tornada a Anglaterra, Smellie es va dedicar a la pràctica i a l'ensenyament de l'obstetrícia. Per a la formació dels seus deixebles utilitzava una pelvis real coberta amb pells i cobrava una taxa als seus deixebles per permetre'ls observar-lo mentre assistia un part. Volia que l'assistència al part normal es convertís en una activitat mèdica, i pretenia que les llevadores l'avisessin encara que els parts fossin normals, però no ho va aconseguir. Això va ser motiu de polèmica i enfrontaments; va mantenir dures discrepàncies, especialment amb una llevadora anomenada *Elisabeth Nihell* (1723-?), que

---

<sup>301</sup> A l'Hôtel Dieu de París es va autoritzar als cirurgians per tal d'assistir parts normals a partir del segle XVII. Vid., Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 213.

també s'havia format durant dos anys a l'Hotel Dieu de París, i que acusava els alumnes d'Smellie d'autoproclamar-se com a home llevador, sense tenir una adequada formació:

«Aquells que s'han autoconstituït en homes llevadors i que eren sastres o fins i tot cuiners i entre els quals jo mateixa en conec a un d'aquest últim ofici que després de passar la meitat de la seva vida reomplint salsitxes s'ha convertit en un intrèpid metge i home llevador».<sup>302</sup>

Nihell va publicar un llibre l'any 1760 dedicat a tots els pares, mares i futurs progenitors titulat: *Professed midwife. A man-midwife or a midwife? A treatise on the art of midwifery*. En aquest text descrivia els homes llevadors com:

«una banda de mercenaris que s'escapoleixen entre les dones embarassades escudats darrere dels seus ganivets, tisores, culleres, tenalles, cintes i espèculums per a matrius, tots aquests, especialment els fòrceps (...) són totalment inútils».<sup>303</sup>

Per tal de poder practicar en parts normals, Smellie va oferir els seus serveis als barris pobres de Londres i d'aquesta forma va aconseguir una gran experiència. L'any 1752 havia assistit més de mil parts i havia impartit centenars de conferències sobre l'assistència al part. Va centrar el seu interès en l'estudi dels mecanismes del part, i va dissenyar un fòrceps que millorava els existents fins llavors. Abans d'introduir les culleres del fòrceps a la vagina, Smellie les

---

<sup>302</sup> O'Down, M.J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 532. “Aquellos que se han auto constituido en hombres-comadornes y que eran sastres o incluso cocineros y de los que yo misma conozco a uno de este último oficio que tras pasar la mitad de su vida rellorando salchichas se ha convertido en un intrépido médico y hombre-comadrona”

<sup>303</sup> Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, p. 130. “(...) una banda de mercenarios que se cuelan entre las mujeres embarazadas escudados tras sus ganchillos, cuchillos, tijeras, tenazas, cinstas y speculum para matrices, todo lo cual, especialmente los fórceps (...) es totalmente inútil”

untava amb mantega de porc. William Smellie va ser el primer a descriure com utilitzar el fòrceps per rotar el cap fetal, quan aquest està en posició occipitoposterior. Va idear uns fòrceps de fusta, amb la pretensió que fos menys lesiu per a la dona, que el de metall, però després de tres intents d'utilització va comprovar que no era eficaç.

Smellie va publicar diverses obres, entre aquestes destaca *Treatise on the theory and practice of midwifery*, que es va editar a Londres l'any 1752, aquesta obra va aconseguir tant d'èxit, que el mateix any es publicava una segona edició corregida.

Smellie també va intentar millorar la formació de les llevadores impartint classes per a elles; aquestes classes s'impartien sempre per separat d'aquelles que oferia als alumnes de sexe masculí. Tot i que desitjava que les llevadores tinguessin un coneixement important d'anatomia i fisiologia, així com del curs del part normal i de les seves alteracions; la seva actitud personal cap a l'assistència al part per part de les llevadores sembla força condescendent, com es pot observar en la conclusió del seu *Treatise on the theory and practice of midwifery*:

«(...) ella ha d'evitar tot reflex sobre els professionals masculins, i quan està dificultada, ha de recórrer discretament a la seva ajuda; per altra banda, aquesta confiança ha de ser animada per l'home, qui, en ser avisat, en lloc de condemnar obertament el mètode practicat (encara que sigui erroni), ha de tenir en compte la debilitat del sexe i rectificar allò que estigui mal fet, sense exposar les equivocacions d'aquella (...)).<sup>304</sup>

---

<sup>304</sup> *Íbid.*, pp. 128-129. “(...) ella debe evitar todo reflejo sobre los profesionales masculinos, y cuando se encuentra dicultada, debe recurrir discretamente en su ayuda; por otro lado, esta confianza deberá ser alentada por el hombre, quien, al ser llamado, en vez de condenar abiertamente el método practicado (aunque sea erróneo), debe tener en cuenta la debilidad del sexo y rectificar lo que está mal hecho, sin exponer las equivocaciones de aquélla”.

Les pràctiques professionals de William Smellie van constituir una violació definitiva del monopoli que les llevadores tenien sobre l'assistència als parts normals. Smellie considerava que la comprensió i experiència en el part normal era imprescindible per tal de poder tenir un bon domini de la pràctica instrumental i va aconseguir que els seus alumnes poguessin practicar l'assistència al part normal. Alguns metges tampoc compartien l'opinió de William Smellie i els seus seguidors, i consideraven que l'assistència al part era una pràctica deshonestament per a la classe mèdica.

Després d'Smellie van ser molts més els homes metges que es van començar a interessar per l'assistència als parts normals. Els metges llevadors demanaven uns honoraris més elevats que les llevadores femenines, per tant, la seva atenció professional al part va convertir-se en un símbol de prestigi social, especialment entre les classes benestants.

Podem considerar Smellie com el primer metge especialitzat en obstetrícia.<sup>305</sup> En general, les llevadores van continuar amb el monopoli de l'assistència en aquelles àrees més pobres, tant en les zones rurals com en les ciutats; de totes maneres, les llevadores eren encara la primera opció per a algunes dones i els seus marits, que seguien considerant la presència d'un home en el part com una pràctica deshonestament i de mal gust.

### **5.3. La formació de les llevadores a l'Europa del segle XVIII**

La necessitat de millorar la qualitat tècnica de la feina de les llevadores era una preocupació general des de feia temps. L'any 1513 ja va ser publicat,

---

<sup>305</sup> Per tal d'ampliar el coneixement de la vida i obra de William Smellie, així com del seu deixeble William Hunter; i les seves controvèrsies amb les llevadores, especialment amb Elisabeth Hihell, es pot consultar O'Down, M. J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, pp. 527-528, 532-533 i 542-543; així com Towler, J., i Bramall, J., *op. cit.*, pp. 127-131.

com ja hem mencionat, el tractat d'Eucharius Rösslin amb la intenció de millorar la formació de les llevadores. Aquesta obra, i totes les que la van seguir, estaven escrites en llengües vernacles i no en llatí, i anaven destinades bàsicament a les llevadores, però també als metges, especialment als romancistes que no coneixien el llatí. És força dubtós que aquests textos arribessin al públic al qual anaven dirigits, ja que eren poques les dones dels segles XVI i XVII que sabien llegir; per altra banda també cal preguntar si les llevadores, posseïdores d'un saber tradicional, popular i empíric, tenien alguna curiositat o necessitat per acostar-se als llibres que periòdicament es publicaven. Probablement els metges que els escrivien pretenien establir i consolidar la seva autoritat en la matèria, i no tant aconseguir una millor instrucció per a les llevadores.<sup>306</sup>

Però no totes les llevadores van situar-se al marge d'aquest interès general en la millora de l'expertesa dels professionals de l'assistència al part; com hem vist, Louise Bourgeois es convertí en autora de tractats obstètrics, de la mateixa qualitat, o fins i tot millors, que molts dels escrits per metges de l'època. Però Louise no va ser l'única, la seva compatriota Marguerite du Tetre de la Marche, llevadora a l'Hotel Dieu de París, així com l'anglesa Jane Sharp publicaren també els seus llibres a la dècada dels anys setanta del segle XVII. Al segle XVIII una llevadora alemanya, Justine Siegemund, va escriure un llibre que va aconseguir un gran èxit, ja que estava escrit en forma de relats emocionants d'experiències d'assistència al naixement.<sup>307</sup>

França, país capdavanter en la reforma de la professió, va obrir l'any 1730, a Estrasburg, una escola per a la formació de les llevadores i dels cirurgians llevadors, que va iniciar un camí que algunes autores<sup>308</sup> qualifiquen com de punta de llança, per tal d'establir a Europa la dominació masculina en l'art de l'assistència al part. L'aprenentatge es basava en material didàctic,

---

<sup>306</sup> Ortiz, T., La educación de las matronas en la Europa moderna ¿Liberación o subordinación?, *op. cit.*, p. 158.

<sup>307</sup> *Íbid.*, p. 160.

<sup>308</sup> *Íbid.*, p. 162.

maniquins i il·lustracions, però també en l'ensenyament clínic que permetia als cirurgians adquirir experiència tocant i explorant el cos de les dones embarassades, accedint de forma reglada i socialment acceptada a un món fins llavors aliè a la seva experiència professional. Cirurgians formats a van crear escoles similars i van estendre el mètode per Europa. Aquest nou mètode va tenir, però, poca repercussió en la pràctica diària de les llevadores i algunes d'elles sensibles a la necessitat de millorar la seva formació es van organitzar i movilitzar; l'any 1745 un grup de quaranta llevadores van signar un manifest en el qual demanaven a les autoritats franceses que els concedissin permís per assistir a les classes de dissecció de cadàvers. La llevadora que encapçalava el moviment fou Angèlique Marguerite le Boursier du Coudray, autora d'un manual d'assistència al naixement titulat *Abregé de l'art des accouchements* i que anys més tard protagonitzà una experiència pilot en l'ensenyament de l'art de l'assistència al part per tot el país. Du Coudray, autoritzada per Lluís XIV, va dur a terme una tasca d'ensenyament itinerant que va aportar coneixements a moltes llevadores que exercien en l'àmbit rural. El mètode de Du Coudray es basava en l'estudi del seu llibre i en les pràctiques amb un maniquí de la seva pròpia invenció que reproduïa una pelvis amb un fetus extraïble mitjançant les maniobres que ella mateixa ensenyava a les seves alumnes. Va tenir més de cinc mil alumnes, repartits per tot França; la majoria (un 96%) van ser dones. Els seus cursos tenien una durada de dos o tres mesos en horari de matí i tarda. Du Coudray també va idear uns cursos de nivell superior pensats per a futurs professors; però aquests van ser seguits per uns dos-cents cirurgians i només per quatre llevadores. D'aquesta forma es va iniciar una jerarquització i una subordinació de la formació de les llevadores sota les ordres dels cirurgians, que s'havien format a partir d'una iniciativa protagonitzada per una llevadora.



## 5.4. La situació obstètrica a l'Espanya del segle XVIII

Fins a l'inici del segle XVIII els parts normals eren assistits a Espanya de forma pràcticament exclusiva per llevadores. Les reines de la corona de Castella havien estat ateses per llevadores, com hem vist en el cas del naixement de Felip II. L'any 1700 morí el rei Carles II sense successors i Felip de Borbó, duc d'Anjou, es convertí, després de la guerra de successió, en Felip V, i es va instaurar la dinastia borbònica a la Península. Felip de Borbó va contraure matrimoni amb María Luisa Gabriela de Saboya l'any 1701, i quan aquesta va donar a llum l'any 1713, va ser la primera reina espanyola que va ser assistida per un metge i no per una llevadora. El metge francès Clement viatjà des de França exclusivament per assistir la reina, en el moment del part. A l'arxiu del Palau Reial de Madrid hi ha un rebut de deu doblons, firmat per Clement i que correspon a les despeses pagades per cobrir el desplaçament de tornada a París.<sup>309</sup> L'exemple de la Família Reial va contribuir a que es comencés a generalitzar el costum que les dones fossin assistides per un metge o cirurgià.

Tot i que l'assistència dels homes en el moment del part es va iniciar a Espanya al mateix temps que a França, sembla que el nombre de cirurgians que s'hi varen voler dedicar va ser menor que a altres països, ja que aquest costum no va arrelar gaire a la societat espanyola. Usandizaga reproduceix un fragment

---

<sup>309</sup> Usandizaga, P., *op. cit.*, p. 214. Si bé entre les reines de la Corona de Castellà, no es té constància de la presència de metges en l'assistència al part, sí que constatarem antecedents en la Corona d'Aragó. Com ja s'ha mencionat en aquest treball, Arnau de Vilanova va viatjar de Montpeller a Barcelona, per tal d'assistir a la reina Blanca, esposa del rei Jaume II, durant els seus embarassos i parts. No tenim constància exacta de si els parts els va assistir directament Arnau de Vilanova, o si ell només va tenir cura de les molèsties de l'embaràs i va romandre fins després dels parts, encara que podia ser que fos una llevadora, qui s'encarregués de l'assistència directa. Com hem esmentat anteriorment, sembla que assistí personalment un part geminat de la reina Blanca.

extret del llibre *Sueños morales, visiones y visitas de Don Francisco de Quevedo por Madrid*, escrit l'any 1743, per Diego Torres Villarroel, on es pot llegir:<sup>310</sup>

«Quasi ens va atropellar un cotxe, en què hi venien embotits dos o tres físics d'angonals i quan els vaig veure, vaig exclamar dient: "Déu et doni una bona hora, pobreta, siguis qui siguis. La seva pietat t'alliberi de les manotades d'aquests Ossos, de les esgarrapades d'aquests Tigres, i dels cops de morro d'aquests Garrins. (...) Aquests que van arrossegats dins d'aquest cotxe, són Veremadors de ventres, Pastissers d'úters, Segadors de monstres, Furons de corts humanes, i Bussejadors d'orins, que empenyent vagines, i fent allà les tubes falopianes, entren capbussant-se pels que s'aneguen en les profunditats dels ronyons"».

Tot i aquestes crítiques tan ferotges, on es posa en dubte la competència tècnica dels cirurgians que es dedicaven a l'assistència al naixement, al cap de poc temps el pare Feijóo, autoritat eclesiàstica de reconegut prestigi, apel·lava la responsabilitat de les mares, exhortant-les a deixar de banda el natural pudor i deixar-se assistir per homes, amb la finalitat de salvar la vida del fetus i també de la mare; ja que considerava que els homes llevadors feien un ús més honest de *l'Art Obstétrica*.<sup>311</sup> El pare Feijóo finalitzava el seu escrit expressant el desig que el més convenient seria que les llevadores adquirissin una formació de qualitat

---

<sup>310</sup> *Íbid*, p. 214. "Quasi nos hubo de atropellar un coche, en que venían embutidos dos o trs Phiyiscos de Ingles y apenas los vi, exclamé diciendo: Dios te de buena hora, pobrecita, seas quien fueres. Su piedad te libre de las manotadas de esos Osos, de los arrepelones de esos Tigres, y de las ocicadas de esos Marranos. (...) esos que van arrastrados de aquel coche, son Vendimiadores de vientres, Pasteleros de uteros, Segadores de monstruos, Urones de pocilgas humanas y Buzos de orines, que empujando baginas, y haciendo allá a las tubas falopianas, entran a chapuzo por los que se anegan en la profundidad de los riñones."

<sup>311</sup> *Íbid*, p. 215.

que els permetés tenir un nivell equiparable als homes, però entristit admetia que la formació de les llevadores era de poca qualitat.

A partir de 1750, a Castella es demanava a les llevadores, d'acord amb la Reial cèdula de Ferran VI, que finalment, fossin examinades pel Reial Protomedicat «a causa dels molts mals successos en el parts, provinents de la imperícia de les dones anomenades *llevadores* i d'alguns homes que, per tal de guanyar-se la vida, havien adoptat l'ofici de l'assistència al part».<sup>312</sup> Es pretenia una millora dels resultats, però al mateix temps s'iniciava la revalorització d'una activitat, que estava començant a ser exercida per homes cirurgians; de fet, es convertia aquesta activitat en part dels afers quirúrgics, ja que en aquests moments els cirurgians eren habilitats per a l'assistència al part, si passaven el corresponent examen. Per facilitar l'examen del Protomedicat la mateixa cèdula reial ordenà l'edició d'un llibre que recollís els coneixements elementals; l'obra fou escrita pel metge Antonio Medina i el seu títol era: *Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear*. Constava de noranta pàgines en les quals a més de fixar-se

---

<sup>312</sup> Fernández, M. C., *op. cit.*, p. 3. “los muchos malos sucesos en los partos, provenidos de la impericia de las mugeres llamandas parteras y de algunos hombres que, para ganar su vida, habían tomado el oficio de partear”. El Reial Protomedicat, no es dedicà a examinar i acreditar les llevadores, fins l'any 1750. El Rei Ferran VI va aixecar la prohibició que impedia al Tribunal del Protomedicat examinar les llevadores. El Protomedicat passaria a encarregar-se dels exàmens de les llevadores, així com del control dels homes que volessin dedicar-se a l'assistència al part; als que s'exigia el títol de cirurgià. S'exigia a les dones, per tal de poder presentar-se a l'examen, ser cristianes velles sense barreja de sang jueva o mora, i haver practicat amb una llevadora experta durant dos anys. Al regne d'Aragó però els col·legis de metges i cirurgians es feien càrrec de l'examen i acreditació de les llevadores des de la segona meitat del segle XVII. L'any 1663 les ordenances del Col·legi de Metges i Cirurgians de Saragossa disposaven la necessitat de superar un examen per a aquelles que volessin exercir com a llevadores. Abans de superar l'examen s'exigia que l'aspirant assistís a classes fetes per un professor d'anatomia i a les d'un metge col·legiat que donés instruccions de pràctica clínica; tanmateix s'exigien quatre anys d'aprenentatge al costat d'una llevadora experimentada; i finalment era condició indispensable per poder presentar-se a l'examen ser cristiana vella, sense barreja de sang jueva o mora, i només podien ser examinades aquelles dones del regne d'Aragó.

les característiques físiques de les aspirants, hi figuraven nocions d'anatomia de la pelvis, signes d'embaràs, l'assistència al part, i les cures a la mare i al nadó. El text estava redactat en forma de preguntes i respostes per tal d'afavorir-ne la memorització.

El 19 d'abril de 1789 s'inicià la formació de llevadores a Madrid, sota el patrocini d'Antoni Gimbernat. Antoni Gimbernat fou un important cirurgià, nascut a Cambrils l'any 1734, estudià medicina a Cervera, i als vint-i-dos anys es traslladà a Cadis, al Col·legi de Cirurgia fundat per Pere Virgili, on decidí fer-se cirurgià. Gimbernat es dedicà principalment a promocionar la formació de cirurgians per a la Marina; però al Col·legi de Cadis s'impartien també estudis en assistència als parts. Quan l'any 1778 se li encarregà juntament amb Marià Ribes l'organització del Col·legi de Cirurgia de Madrid, es preocupà perquè s'ensenyés l'art de l'assistència al naixement el millor possible i, amb aquest motiu, féu construir unes figures de cera amb les presentacions i posicions fetals corresponents. Els cirurgians i les llevadores eren formats sota la direcció del mateix mestre de parts, encara que ambdues classes es donaven amb independència i a hores distintes. El primer any s'hi instruïren dotze alumnes, aprovades pel Protomedicat després de seguir els estudis.<sup>313</sup>

Els coneixements que havien de tenir les llevadores es concretaven en:

«El coneixement d'aquelles parts dures i toves que tenen relació amb les funcions del sexe femení, i de les que componen el fetus i faciliten o retarden el part; els senyals positius de l'embaràs; totes les notícies necessàries per conèixer el vertader part, i distingir el natural del laboriós o prenatal; la forma d'assistir les parteres en aquests casos, i de socórrer les criatures quan necessiten de l'auxili de l'art; i així

---

<sup>313</sup> Carrera, J.M., Fuster, R., El segle de les llums a Catalunya. Una ciència vençuda a Carrera, J. M., *Historia de l'obstetricia i ginecologia catalana; op. cit.*, pp. 29-39.

mateix (...) la manera i la forma d'administrar l'aigua de socors als pàrvuls quan perilla la seva vida» (Reial cèdula, 1787, 28-29).<sup>314</sup>

Als cirurgians que es formaven en l'art de l'assistència al part en el Real Colegio de Madrid, se'ls exigia tenir estudis de llatí, lògica, àlgebra, geometria i física, mentre que a les llevadores no se'ls exigia saber ni llegir ni escriure. En ambdós casos se'ls demanava certificat de neteja de sang.

L'any 1795 s'inicià l'ensenyament a les llevadores a Barcelona, on l'any 1790 Antoni Gimbernat reorganitzà el Col·legi de Cirurgia. A Barcelona s'exigia als estudiants de cirurgia i a les llevadores provar la seva neteja de sang, i a més a les llevadores se'ls exigia certificat de bons costums. Les llevadores un cop havien finalitzat els seus estudis estaven obligades a comprometre's en un jurament a:

«No administrar a les embarassades, parteres, ni parides cap medicament que no sigui prescrit per cirurgià llatí o metge; que en els parts prenaturals i laboriosos en què es conegui l'absoluta necessitat de maniobres difícils, no les farà per si mateixa, sinó que cridarà un professor coneixedor d'aquestes operacions, havent-hi d'immediat; practicarà l'operació cesària a les dones que morin embarassades... sempre que no hi hagi algú altre que les executi» (Ordenança del Reial Col·legi de Barcelona, 1795, 156-157).<sup>315</sup>

---

<sup>314</sup> Referenciat d'Ortiz, T., *La educación de las matronas en la Europa Moderna*; p. 165. “ el conocimiento de aquellas partes duras y blandas que tienen relación con las funciones del sexo femenino, y de las que componen el feto y facilitan o retardan el parto; las señales positivas de la preñez; todas las noticias necesarias para conocer el verdadero parto, y distinguir el natural del laborioso o prenatal; el modo de asistir a las parteras en estos casos, y de socorrer a las criaturas cuando necesitan del auxilio del arte; y asimismo (...) el modo y forma de administrar el agua de socorro a los pàrvulos cuando peligran su vida” (Real Cédula, 1787, 28-29).

<sup>315</sup> *Ídem.*, “no administrar a las embarazadas, parteras, ni puérperas medicamento alguno que no sea dispuesto por cirujano latino o médico; que en los partos preternaturales y laboriosos en que conozca

Aquestes reformes en l'ensenyament van tenir, però, en termes quantitativs poca incidència, ja que a final de segle XVIII, la presència de llevadores amb formació, fora de l'àmbit de les grans ciutats, era estrany.

A tot Europa, però, s'inicià un fenomen de jerarquització de les llevadores, dividides entre les tradicionals, majoritàriament analfabetes, creadores d'un saber empíric i tradicional; i, per altra banda, les modernes, semiinstruïdes, formades sota l'autoritat científica dels cirurgians però desproveïdes d'una autoritat que havien tingut al llarg dels segles.

#### **5.4.1. El llibre d'obstetrícia de Pablo Petit**

Pablo Petit va ser un cirurgià format en l'Hotel Dieu de París, on va ser aprovat sobre l'art de l'assistència al part, després de treballar-hi durant un període de dos anys, en els quals havia estat present en un nombre important de parts, i d'haver-ne assistit personalment una quantitat considerable, amb gran art i expertesa. Després de la seva formació a França va tornar a Espanya on va obtenir el lloc de primer cirurgià i sagnador del rei d'Espanya, va ser també president del Real Protobarberato, així com cirurgià major de l'Hospital de Mataró, i de l'artilleria del rei durant l'assetjament de Barcelona.

Un cop finalitzada la guerra, Pablo Petit va escriure un llibre, basat en l'obra de François Mauriceau, que publicà l'any 1717 i que duia con a títol:

---

absoluta necesidad de maniobras difíciles, no las hará por sí sola, sino que llamará a un profesor versado en estas operaciones, habiéndole inmediato; practicarà la operación cesárea a las que mueran embarazadas...siempre que no haya otro que lo ejecute” (Ordenanzas del Real Colegio de Barcelona, 1795, 156-157)

*Qüestiones generales sobre el modo de partear, y cuydar à las mugeres, que estàn embarazadas ò paridas.*<sup>316</sup>

Petit adreça el seu llibre al públic en general i especialment als cirurgians i llevadores. Es tracta d'un llibret breu, en el qual emprant preguntes i respostes, l'autor fa esment a una sèrie de qüestions que es poden presentar en l'atenció al naixement. Es tracta d'un dels primers llibres d'obstetrícia en castellà, posteriors al ja esmentat de Damià Carbó.

Les primeres preguntes defineixen el part i el temps que es considera regular quant a la durada de l'embaràs; immediatament després, Petit passa a explicar les causes que poden provocar un part preterme. Es basa en Hipòcrates, per tal d'explicar les causes que fan que una dona es posi de part abans dels nou mesos.

Explica també les causes que poden provocar un avortament. Descriu el temps en què l'embrió està perfectament format, d'acord amb les explicacions de Mauriceau basades en dos embrions que havia vist, i també en dos embrions, que ell mateix va poder obtenir, en la seva època de París. Afirmar que l'embrió està totalment configurat als quinze dies després de la concepció.<sup>317</sup> Aconsella fer sagnies successives al llarg de l'embaràs, amb l'objectiu d'evitar l'avortament espontani. Condemna l'avortament provocat, perquè impedeix la salvació del fetus, en privar-lo del baptisme; tot i que no vol entrar en la discussió sobre el moment en què l'ànima entra en el cos de l'embrió:

---

<sup>316</sup> Petit, P., *Qüestiones generales sobre el modo de Partear, y cuydar à las Mugeres, que estàn embarazadas ò Paridas*; Torrelavega, Asociación Española de Matronas, 2006. L'any 2005, la llevadora Rosa M<sup>a</sup> Plata, gracies al suport de la *Asociación Española de Matronas* en va fer una reduïda edició facsímil del exemplar digitalitzat que es troba en la Biblioteca de la *Universidad Complutense de Madrid*.

<sup>317</sup> Aquesta afirmació no es pot mantenir, d'acord amb les evidències de les que disposem actualment sobre el procés de desenvolupament embrionari. Als quinze dies després de la fecundació, el pre-embrió està totalment inserit al interior de l'endometri i està constituït per un sac corial, dins del qual s'hi troba un pre-embrió format per dues capes embrionàries: el Hipoblast i el Epiblast. Vid.: Carlson, B., M., *Embriología humana y biología del desarrollo*; Madrid, Elsevier, 2005.

“Havent-t’hi tantes opinions diferents sobre el temps de la introducció de l’ànima dins del cos; deixaré aquesta disputa per a altres, i diré que només Déu coneix aquest secret”.<sup>318</sup>

Es fa ressò de la discussió plantejada entre els autors clàssics, com Hipòcrates, que afirmaven que l’expulsió del fetus als set mesos era un part, mentre que els autors més contemporanis a Petit, consideren que és un avortament, tot i que ell no es defineix ni a favor, ni en contra, de cap de les afirmacions. Aconsella repòs, alimentació sana i equilibrada, i abstenció de l’activitat sexual a aquelles dones que tenen antecedents d’avortaments i parts prematurs, tan aviat com coneguin el seu estat. Sí que, en canvi, expressa la seva convicció personal que l’acte sexual destinat a la concepció és millor al matí que al vespre, perquè considera que el semen és de més qualitat i, a més, l’home està menys cansat, fet que es pot traduir en una major fortalesa del nadó.

Aconsella que quan una dona presenta hemorràgia vaginal, cal explorar-la per tal de determinar si està de part, i esbrinar si la sang està relacionada amb el part o no. Petit considera que pot realitzar les exploracions pertinents, indistintament, la llevadora o el cirurgià. Prescriu repòs i sagnies a l’embarassada en el braç, en el cas que l’hemorràgia no sigui deguda al part, desaconsella, però, la pràctica habitual de les llevadores de fer caminar l’embarassada i de sagnar-la del turmell, ja que això augmentaria la pèrdua hemàtica.

Més endavant defineix el part natural com aquell en què el nadó es presenta de cap, amb la cara mirant avall, cap a l’anus de la mare, els braços estesos en línia recta i les cames esteses. Explica que el fetus, al llarg de l’embaràs, es desenvolupa en posició dempeus i que a causa del pes del cap es dóna la volta entre el setè i el novè mes. Quan el nadó es dóna la volta pot

---

<sup>318</sup> *Íbid.*, p. 18. “Aviendo tantas opiniones diferentes sobre el tiempo de la introducción del alma en el cuerpo; dexaré esta disputa para otros, y diré, que solo Dios sabe este secreto”



produir molèsties que la dona i la llevadora poden confondre amb dolors de part, quan en realitat no ho són.

Més endavant, Petit explica que es tractarà d'un part contranatura quan alguns accidents extraordinaris el fan més laboriós i dificultós del que hauria de ser d'ordinari. Dins del grup de parts contranaturals distingeix: el part treballós, el dificultós i el que és totalment contranatural.

Part treballós és aquell en què la mare i la criatura pateixen més del que és habitual, però acaba desenvolupant-se amb normalitat. Part dificultós és el que presenta accidents en el seu desenvolupament, tals com hemorràgies vaginals, convulsions, síncope..., i, finalment, el part contranatural és aquell en què la posició de la criatura no permet que pugui néixer si no és emprant ajuda mecànica. Considera que tots tres poden ser assistits per la llevadora i el cirurgià, però en els dos primers casos estaran ajudats per la naturalesa, mentre que el tercer depèn totalment de l' expertesa dels professionals; i tot i així, és possible que es produeixi la mort de la mare. Petit considera un treball extremadament difícil i perillós l'assistència al part contranatural:

«Molts es persuadeixen que no hi ha gaire feina en els parts, perquè són les dones les que exerciten ordinàriament aquesta professió; el cert és que en el part natural no hi ha molta feina, però en el contranatural és cert també, com repara Cels, que es tracta de la més difícil, la més treballosa, la més penosa, la més perillosa, i la més cansada operació de quantes hi ha en cirurgia».<sup>319</sup>

El part més difícil d'assistir segons Petit és quan es presenta primer el braç, i quan el fetus té la mà, ja a l'exterior, s'observa que el fetus està

---

<sup>319</sup> *Íbid*, p. 39. "Muchos se persuaden, que no ay mucho trabajo en los partos, pues son mugeres las que ejercitan ordinariamente esta profesión; lo cierto es, que en el parto natural no ay mucho trabajo, pero en el contra natural es cierto también, como lo repara Celso, que es la mas dificultosa, la mas trabajosa, la mas penosa, la mas peligrosa, y la mas cansada operación de quantas ay en Cirugía".

entravessat a l'interior de la matriu; llavors aconsella una versió interna, per tal de treure'l agafant-li els peus, i aconseguir llavors un part de peus:

«... i aquest treball fa suar el cirurgià; fins i tot si està en el més rigorós hivern; de manera que si el cirurgià, o la llevadora saben lliurar a una criatura, en aquest gènere de parts, poden socórrer les dones en tots els altres».<sup>320</sup>

De l'obra de Pablo Petit podem deduir que a l'inici del segle XVIII, a Espanya, assistien els parts difícils i complicats, de forma indiferent, les llevadores o els cirurgians. És fàcil suposar que les dones solien avisar la llevadora, i si aquesta no es veia prou capacitada per resoldre la situació, aconsellava a la família que avisessin el cirurgià, i si podien pagar les despeses, llavors l'avisaven, per tal d'intentar resoldre aquests parts contranaturals. Aquest fet queda clar quan Petit fa esment sobre quina ha de ser l'actuació de la llevadora en cas de parts contranaturals:

«...cal que després que la llevadora sàpiga que la criatura no ve en la situació natural, demani ajuda sens dilació, fent avisar a un cirurgià, que la pugui ajudar, si considera que per si sola no pot fer l'operació, que la caritat cristiana ens obliga a executar...; però hi ha llevadores tan presumides que es consideren bones per a tot; altres temen tant semblar ignorants davant dels cirurgians, o perdre les seves parroquianes, que prefereixen arriscar-ho tot, abans que fer-los avisar».<sup>321</sup>

---

<sup>320</sup> *Íbid*, p. 50. "...y este trabajo haze sudar al Cirujano, aun en lo mas riguroso de el Invierno; de manera, que si el Cirujano, ò la Comadre saben librar à una Criatura, en este genero de partos, pueden socorrer à las mugeres en todos los demás".

<sup>321</sup> *Íbid*, p. 55. "...es preciso que luego que la Comadre conozca, que la Criatura no viene en la situación natural, pida sin dilación que la ayuden, haciendo llamar a un Cirujano, que la pueda ayudar, si conociere que por si sola no puede hazer la operación, que la Caridad cristiana nos obliga à ejecutar,...; pero ay

Pablo Petit, com hem vist, recela de l'actuació de moltes de les llevadores, tot i que reconeix que és la llevadora la que porta el control del part; considera que el bon cirurgià ajudarà la llevadora, quan aquesta no es vegi capacitada per resoldre la situació. En la seva obra, Petit enumera també les qualitats que han d'adornar un bon cirurgià, per tal de ser considerat un professional de qualitat; és a dir aplica al cirurgià allò que ja amb anterioritat Sorà o Damià Carbó havien demanat a les llevadores:

«Les qualitats que ha de tenir un cirurgià, que es dedica a assistir a les dones que estan de part, són: que sigui expert en el seu art, que sigui fort, i robust, per les raons ja dites, que sigui parc en el menjar, que no sigui gaire bevedor de vi, per tal que tingui el judici lliure, i aplicat en allò que ha d'executar, ha de ser agradable i net en la seva persona, i vestits, per tal de no espantar les dones que necessitessin de la seva assistència, i cuidar de les pobres amb desinterès, i caritat, curant-les suaument i humanament, com a les riques, sense que per això la compassió el pugui distraure, ni apartar-lo del compliment de la seva obligació, apressant-se, o no prenent el temps d'especular bé allò que ha d'executar. Tampoc ha d'enfadar-se, per allò que la malalta, o els assistents li diguessin, ja que la primera parla perquè sofreix i pateix, i els altres perquè es compadeixen de veure-la sofrir i patir. La seva mà ha de ser petita, i els dits sense anells al temps de l'operació, i les ungles tallades a rel de carn, per tal de no ofendre la matriu; ha de fer tot allò que pugui, per treure vives les criatures; ha de ser bon cristià, i procurar tenir la seva consciència neta, i en l'operació obrar de tal forma que no frustri les criatures del suprem bé que els comunica la gràcia del baptisme; en fi, res ha de demanar als pobres, com tinc dit, acontentant-se amb allò que voluntàriament li volguessin donar, i no com molts que les deixen tan nues després de la seva operació, ben,

---

Comadres tan presumidas, que se juzgan buenas para todo; otras temen tanto, parecer ignorantes delante de los Cirujanos, ú de perder sus parroquianas, que mas quieren arriesgarlo todo, primero que hazerlos llamar.”

o mal executada, que no els queda ni per alimentar-se en el decurs de la seva indisposició, o convalescència, procedir indigne d'un home de bé i cristià».<sup>322</sup>

Per a Petit, en primer lloc, són necessàries les qualitats tècniques, imprescindibles per tal d'executar amb expertesa la seva tasca, però també són importants les qualitats relacionades amb una vida ordenada i disciplinada, així com les qualitats morals relacionades amb l'atenció desinteressada als pobres. Després d'enumerar aquestes qualitats, Petit passa a explicar amb tot detall les tècniques de la versió interna, així com la fetotomia per extraure els fetus morts. Descriu també la forma de saber, amb seguretat, quan un fetus és viu o mort. En les explicacions tècniques de Petit, es fa evident el coneixement adquirit en la seva pròpia pràctica professional a París, ja que explica tots els procediments amb un gran nombre de detalls.

Petit com a bon deixeble de Mauriceau aconsella el part al llit, fins i tot per als parts normals; no parla en cap moment de la cadira de parts, que s'havia usat

---

<sup>322</sup> *Íbid*, p. 52 “Las prendas que ha de tener un Cirujano, que se dedica à assistir à las mugeres que estàn de parto; son, que sea experto en su Arte, que sea fuerte, y robusto, por las razones yà dichas, que sea muy parco en el comer, que no sea muy bebedor de vino, para que tenga el juyzio libre, y aplicado à lo que debiere ejecutar, debe ser agradable, y limpio en su persona, y vestidos, para no assustar à las mugeres que necesitaren de su assitencia, y cuydar de las pobres con desinterès, y caridad, curandolas suave, y humanamente, como à las ricas, sin que por esso la compasión pueda distraerle, ni apartarle de el cumplimiento de su obligación, apresurandose, ò no tomandose el tiempo de especular bien lo que huviere de ejecutar. Tampoco debe enfadarse, por lo que la Enferma, ò los assitentes le dixeran, pues la primera habla, porque sufre, y padece, y los otros por que se compadecen de verla sufrir, y padecer. Su mano ha de ser chica, y los dedos sin sortijas al tiempo de la operación, y las uñas cortadas à raiz de la carne, para que no ofendan à la matriz; debe hazer quando pudiere, para sacar vivas a las Criaturas; debe ser buen Christiano, y procurar tener su conciencia limpia, y en la operación obre de manera, que no frustre a las Criaturas del supremo bien que las comunica la gracia del Bautismo: en fin, nada debe pedir à las pobres, como tengo dicho, contentandose con lo que voluntariamente le quisieren dâr, y no que muchos las dexan tan desnudas después de su operación, bien, ò mal executada, que no las queda para limentarse en el discurso de su indisposición, ò convalecencia, proceder indigno de un hombre de bien, y Christiano”.

tradicionalment al llarg dels segles, i fins aquests moments. Sí que fa esment a que les dones acostumen a tenir predilecció per parir dempeus, agenollades o fins i tot recolzades a la vora del llit, però desaconsella totes aquestes postures i aconsella el part al llit, on es pot procurar un ambient més net, per recollir la sang i la placenta, i tapar la dona per protegir el seu pudor i evitar el seu refredament.

Petit és el primer autor dels citats fins ara que aconsella la sutura dels esquinçaments vulvars. En el cas que s'hagi produït un esquinçament tan profund que afecti l'anus, Petit aconsella la sutura amb una agulla gruixuda enfilada amb fil gruixut encerat.

L'obra finalitza fent esment als problemes que es poden presentar en l'expulsió de la placenta, després que s'hagi produït el naixement de la criatura. En cas de retenció de la placenta, aconsella en primer lloc intentar l'extracció tibant suament del codó, al mateix temps que es fa empènyer la mare, o d'acord amb les recomanacions d'Hipòcrates provocant el vòmit a la mare, per tal d'ajudar a la sortida espontània dels annexos. En cas que aquests remeis més suaus no siguin efectius, llavors recomana l'extracció manual introduint la mà a l'interior de l'úter. No especifica, en cas de retenció de la placenta, qui ha d'efectuar-ne l'extracció, o si la llevadora ha d'avisar el cirurgià en aquests casos. Recordem que el text de Petit s'adreça tant a les unes com als altres.

En l'última part de la seva obra explica els remeis necessaris per donar atenció a les complicacions del puerperi, des de les clivelles als mugrons, fins a les inflamacions dels pits o mastitis.

Les dues darreres pàgines del llibre les dedica a l'atenció al nadó després del part. Aconsella lligar el llombrígol amb cinc fils de cànem. Prescriu la neteja del nadó amb vi i aigua calenta; explica també remeis per tal que el nadó expulsi el meconi. Aconsella no faixar la criatura, tot i que reconeix que és un costum habitual a Espanya<sup>323</sup> i no la proscriu, en cas que així ho vulguin fer, però

---

<sup>323</sup> Ja des del segle XVI, s'havien deixat sentir veus mèdiques que desaconsellaven faixar els nadons; costum que existia des del clàssics. Vid. Gélis, J., *op. cit.*, p. 299-200. Recordem aquí que Sorà aconsellava

desaconsella que les lligadures siguin gaire ajustades, ja que en aquest cas dificulta la respiració del nadó, afavoreixen els vòmits i les hèrnies umbilicals.

El llibre de Pablo Petit no fa cap esment a l'elecció de la dida. No sabem si això es deu al fet que dóna per suposat que l'alletament s'ha de fer amb llet materna, o es deu al fet que el tractat de Petit finalitza amb el naixement del nadó, i no tracta per tant els assumptes que esdevindrien amb posterioritat a aquest moment.

En conjunt, el tractat de Petit és d'una gran qualitat d'acord amb tot allò relacionat amb les patologies, especialment en tot allò relacionat amb l'extracció manual dels fetus mal col·locats. No fa esment, però, a l'aplicació del fòrceps. L'objectiu de l'autor és evitar qualsevol complicació, totes les prescripcions van encaminades a evitar les complicacions i les patologies; el llibre tracta del part com una situació de risc i, per tant, cal prioritzar la prevenció de les complicacions, per davant de l'atenció personalitzada o de la comoditat de la mare; com hem comentat en el cas de la posició del part, en què desaconsella qualsevol posició que no sigui el decúbit en el llit, encara que aquesta postura resulti més incòmoda per a la mare, sempre amb la justificació d'evitar complicacions com podria ser el refredament de la matriu, si la dona està fora del llit.

#### **5.4.2. La lluita entre metges i llevadores a Espanya. El cas de Luisa Rosado**

Al llarg del segle XVIII, es va produir un canvi important en la mentalitat de les classes dominants de la península Ibèrica, en relació amb l'acceptació de la

---

lligar més fort les espatlles en cas de que es tractés d'una nena o els malucs en cas de que es tractés d'un nen.

classe mèdica en l'assistència al naixement. La lluita entre metges i llevadores, que no existia a l'inici del segle XVIII, sí que la trobem a les darreries de segle.

Amb el pas dels anys, els homes dedicats a l'assistència al naixement es van anar assentant i van voler monopolitzar-ne l'atenció. Les lluites i controvèrsies entre el col·lectiu mèdic i el de les llevadores es van començar a evidenciar. Com a exemple d'això podem citar el cas de Luisa Rosado.<sup>324</sup>

Luisa Rosado s'havia graduat com a llevadora, després de ser examinada pel Reial Protomedicat l'any 1765, havia exercit a Zamora, i a partir de 1768 va desenvolupar la seva professió com a llevadora del *Real Colegio de Niños Desamparados*, a Madrid.

L'any 1770 Luisa Rosado residia al carrer Atocha de Madrid, a prop de l'Hospital San Carlos, centre en el qual practicaven els estudiants de cirurgia i les aspirants a llevadora a final de segle. Luisa Rosado es considerava una dona experta en el seu art, i pretenia fer-ho públic mitjançant un rètol que volia penjar a la porta del seu domicili. Rosado volia anunciar-se com a llevadora experta en l'extracció difícil de la placenta i en la prevenció de l'avortament espontani. El Reial Protomedicat va considerar que aquestes competències no li eren pròpies, en tant que llevadora, sinó que pertanyien als cirurgians i va prohibir a Rosado que posés l'esmentat rètol a la porta.

Rosado no va acceptar la resolució i va iniciar un procés legal que va durar més d'un any. Per poder contravenir la resolució del Reial Protomedicat, Rosado va demanar la intercessió reial. Tenint en compte els interessos dels cirurgians, els Protomedicats Mucio Zona, Jaime Pistorini i José Amar varen considerar que la petició de Rosado podia «commoure els ànims dels facultatius cirurgians que, amb un altre coneixement saben que cal practicar quan es

---

<sup>324</sup> Otiz, T., *Luisa Rosado o el orgullo de ser matrona en la España Ilustrada*; a Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria, 200, pp. 170-186.

presenten dificultats...».<sup>325</sup> Amb aquest argument, els metges del Protomedicat van revocar la seva primera petició l'any 1770.

La pretensió de Luisa Rosado podem considerar-la vertaderament provocadora si tenim en compte que pretenia dur-la a terme a Madrid, on hi havia la més gran concentració de cirurgians llevadors de tot el país, i on el poder del Reial Protomedicat era més intens. La retenció de la placenta era un dels principals problemes que complicava els naixements en el segle XVIII. De fet, un 10% dels parts difícils atesos a França per Mauriceau, ho van ser per aquesta causa, però en aquests moments els cirurgians espanyols no estaven més capacitats que les llevadores per fer front a un problema d'aquest tipus. La literatura del moment feia escàs esment a la forma de tractar la retenció placentària i els cirurgians tampoc no en tenien pràctica. De fet, Rosado avalava la seva perícia professional mitjançant l'experiència i entre els casos que esmentava destaca l'assistència a un part trigemin en l'Hospital San Carlos de Madrid, en el qual la llevadora encarregada del part, una tal Sebastiana Bernia, només va aconseguir que nasqués el primer fetus; a causa de les grans dificultats va avisar Rosado, la qual va aconseguir el naixement dels altres dos fetus, un d'ells viu i l'altre mort, i l'extracció de les placentes en menys de quinze minuts. Sembla que Rosado comptava amb una certa fama com a experta en el seu art, i especialment a fer sortir les placentes retingudes.

El rei va autoritzar la petició de Rosado i va considerar que podia assistir a totes aquelles dones que volguessin posar-se a les seves mans. Aparentment semblaria que Rosado i, per tant, també el col·lectiu de llevadores havien guanyat la batalla, però l'excés del zel en l'execució de la sentència per part del Protomedicat va dificultar enormement la seva implantació, sabem que Rosado va tornar a apel·lar el rei per tal d'aconseguir el seu propòsit, i va denunciar les

---

<sup>325</sup> *Íbid*, p. 170. "Conmover los ánimos de los facultativos cirujanos que, con otro conocimiento, saben lo que deben practicar cuando ocurre dificultad." Les autores recullen tota la correspondència mantinguda entre Rosado i el Rei, així com les resolucions del Protomedicat i del propi Rei Carles III.



dificultats que li posava el Protomedicat, però es desconeix si en algun moment Rosado va arribar a penjar els seus cartells.

Les pretensions de Rosado no van finalitzar amb l'afer dels cartells, sinó que es va produir una altra situació que podem considerar vertaderament transcendent en la història de l'assistència al naixement. Luisa Rosado va presentar la seva candidatura a la Cort, per tal de poder assistir, sempre acompanyada per un metge o cirurgià llevador, l'imminent part de la princesa M. Lluïsa de Parma, esposa del príncep hereu de la corona espanyola, i futur rei Carles IV. La petició de Rosado anava acompanyada dels avals dels marquesos de Monreal i dels marquesos de Bergida; malgrat la vàlua professional de Rosado, i dels seus avals, ni ella ni cap altra llevadora no van ser autoritzades per poder donar assistència al part de la reina. Un mes més tard, i d'acord amb el costum que la monarquia del Borbons havia institucionalitzat des de la seva arribada a Espanya,<sup>326</sup> la princesa d'Astúries va tenir el seu primer fill assistida exclusivament per un cirurgià; en aquest cas, el cirurgià francès Pierre Brunel, sense que cap llevadora entrés a la cambra de la princesa.

D'aquesta forma les llevadores perden definitivament, a Espanya, la seva exclusivitat com a professionals en l'assistència obstètrica i ho van fer perdent el seu lloc al nivell més alt: en l'assistència al part de reines i princeses.

---

<sup>326</sup> Com ja s'ha esmentat la Monarquia Borbònica havia iniciat amb Luisa Gabriela de Saboya, esposa de Felip V l'any 1713, la costum de que les reines fossin ateses per un metge o cirurgià francès i no es posaven en mans de cap llevadora. Com s'ha citat el cirurgià que va atendre Luisa Gabriela de Saboya va ser el francès Julián Climent (1649-1729). *Íbid*, p. 175.

## 5.5. Segle XIX. La mecanització i medicalització de l'assistència al naixement

Els historiadors emmarquen el segle XIX en un període més ampli que transcorre entre 1789 i 1914,<sup>327</sup> d'aquesta forma el circumscriuen entre dos grans esdeveniments: una revolució i una guerra. Aquesta època es caracteritza per una sèrie d'importants canvis econòmics, polítics, socials i culturals; és entre aquests canvis i moviments socials on neix el moviment feminista. Estem davant d'un període històric que marca un canvi de perspectiva en la vida de les dones; s'inicien temps de modernitat, en què es possibilita l'adopció d'una actitud de subjecte, d'individu cabdal i de protagonisme polític. Aquest canvi no es ràpid, ni fàcil. En allò referit a les dones, s'observa que tant en el cas de la Revolució com en el cas de la Guerra es produeix una crida social que porta les dones a l'escena dels fets revolucionaris, que les converteix en protagonistes en peu d'igualtat amb el homes, però que després, més d'hora o més tard, se les treu del damunt i les relega amb diferents arguments a l'àmbit privat, on exerceixen el seu paper d'esposes i mares.

La Revolució Francesa va significar el trencament i la disgregació de l'ordre social preestablert, aquest trencament va afectar tot el conjunt d'organitzacions i estructures, i conseqüentment també els seus fonaments domèstics. L'inici del moviment revolucionari va portar el poble al carrer, i les dones es van sumar a aquestes mobilitzacions populars, la civilització occidental va descobrir que les dones podien ocupar un lloc en la ciutat.<sup>328</sup>

---

<sup>327</sup> Fríase, G., i Perrot, M., Introducció; a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las Mujeres en Occidente. Siglo XI*. Madrid, Taurus, 1993, p. 11.

<sup>328</sup> La Declaració Francesa de 1789 va reconèixer a tots els individus el dret a la llibertat, la seguretat i la resistència a l'opressió. La Constitució de 1791 va definir d'identica forma l'accés a la majoria d'edat per als homes i per a les dones, i les grans lleis de 1792 sobre estat civil i divorci, tractaven en igualtat a ambdós esposos i establien la més estricta simetria entre ells. La conquesta de la llibertat civil, que en

## 5.6. El naixement i la seva assistència durant el segle XIX

A l'inici del segle XIX, el naixement es produïa, majoritàriament, en el si d'un estricte àmbit privat i es desenvolupava en un ambient de caràcter femení. L'alcova matrimonial constituïa en el si de les famílies benestants l'escenari habitual del part. Els homes hi eren exclosos, a excepció del metge o cirurgià, figura a qui la progressiva medicalització del naixement conduïa cada cop amb més freqüència fins als peus del llit de la clientela acomodada. La diferència d'honoraris, així com el pes de la tradició i el pudor mantenien encara les llevadores en una posició numèricament dominant, però socialment en inicis de decadència.

La situació era ben diferent entre les dones de classe social baixa. La industrialització i la mecanització que s'havien iniciat al segle XVIII s'expandiren a un ritme trepidant al llarg del segle XIX, aquest fet es va acompanyar d'una forta explosió demogràfica. Les foneries de ferro i acer varen créixer ràpidament, el mateix succeí amb els tallers de maquinària, de tints, les destil·leries de cervesa o les fàbriques de sabó. Totes aquestes indústries necessitaven una gran quantitat de mà d'obra, fet que provocà un fenomen migratori, en el qual famílies senceres van anar a les ciutats procedents de les àrees rurals. En els suburbis de les ciutats en expansió s'hi acumulà una gran quantitat de població que vivia en una extrema pobresa. L'entorn que rodejava els naixements en aquest context era molt diferent del que es produïa en les alcoves dels habitatges burgesos:

---

aquests moments no incloïa la dels drets civils, convertia tant homes com dones en ciutadans. Però a menys de deu anys de la Revolució, i de la proclamació del Codi Civil, ja es discutia a nivell polític quin havia de ser el paper social de les dones, i es considerava que el seu lloc era el d'esposes i mares: la submissió de l'esposa i de les filles no s'havia d'entendre en termes polítics, sinó en termes naturals. El estatus social inferior de les dones no responia a una opressió política, sinó al seu lloc natural. La dona tenia per naturalesa una vocació natural com a mare.

«Quina és la situació d'una teixidora d'un taller manual durant el seu esforç a l'hora del part? Es troba dempeus, amb una dona a cada costat, amb els braços rodejant el coll de les anteriors i, passant l'agonia de la naturalesa, gairebé arrossega aquelles que li donen suport fins al terra, i en aquest estat es produeix el naixement (...) I perquè es dona aquesta situació? La resposta és perquè no disposa d'una muda de llençols».<sup>329</sup>

Parir en un hospital no era habitual, ja que era signe evident de pobresa, fins i tot d'exclusió social i soledat; en els hospitals només es refugiaven les mares solteres, que anaven a la ciutat per tal de parir, i moltes vegades deixar els fills a l'orfenat. La creació de centres on tenir cura de l'assistència a les parteres i parides s'inicià com una acció caritativa que pretenia millorar l'extrem malestar social sorgit entre l'alt nombre de desplaçats a la ciutat com a conseqüència de la revolució industrial. Era també en aquests hospitals on els cirurgians es formaven i també es començaren a instruir sota les seves ordres i ensenyaments les aspirants a llevadora, que van abandonar el seu aprenentatge empíric al costat d'una llevadora experimentada, i van iniciar la formació en el si de les institucions hospitalàries.

### **5.6.1. El naixement a l'hospital: la lacra de les febres puerperals**

Parir en un hospital, en l'inici del segle XIX, no només comportava un desprestigi social, sinó que a més suposava un vertader perill per a la vida de les

---

<sup>329</sup> Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, p. 167 “¿Cual es la situación de la tejedora del telar manual durante su esfuerzo como partera? Permanece de pie, con una mujer a cada lado, con los brazos alrededor del cuello de las anteriores y, pasando la agonía de la naturaleza, casi arrastra a quienes le prestan apoyo hasta el suelo, y en este estado se produce el nacimiento (...) ¿Y porqué es esta situación? La respuesta es porque no dispone de una muda de sábanas.”

mares. La mortalitat materna associada a les febres adquirides després del part era extraordinàriament alta. El primer d'associar la febre puerperal amb les maniobres exploratòries i obstètriques va ser Oliver Wendell Holmes (1809-1894), nascut a Cambridge, Massachusetts. Holmes abandonà els estudis de dret que cursava a la Universitat de Harvard, per dedicar-se a l'estudi de la medicina. Després de treballar a París, obtingué el títol de doctor en medicina a Harvard l'any 1836, i va ser nomenat professor d'anatomia del *Dartmouth College* l'any 1838 i de Harvard des de 1847 fins a la seva jubilació l'any 1882. Holmes fou un excel·lent professor dotat d'una fina capacitat d'observació, que li va portar a afirmar l'any 1843 el caràcter contagiós de les febres que patien les dones després del part. La seva afirmació va rebre el rebuig unànime dels seus col·legues, tot i això Holmes reiterà les seves afirmacions en la seva obra: *Puerperal fever, as a private pestilence*, publicada l'any 1855. Holmes suggeria que els metges no havien d'atendre cap part si havien fet autòpsies a dones mortes de febres puerperals, i recomanava a més la neteja curosa de les mans amb una solució d'hipoclorit sòdic i el canvi de roba abans de l'assistència a un part, per tal d'evitar-ne el contagi a les dones.

La investigació de l'etiologia i de la prevenció de les febres puerperals va esdevenir com a conseqüència de l'anàlisi rigorosa dels fets, l'anàlisi estadística i el raonament agut d'Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), nascut a Buda, Hongria. Semmelweis va estudiar medicina a la Universitat de Pest fins a l'any 1837, quan va anar a Viena, on va finalitzar els seus estudis i rebé el doctorat l'any 1844. Va ser nomenat l'any 1846 metge de la primera clínica universitària de l'*Allgemeinen Krakenhaus* de Viena, dirigida per Johan Klein (en la primera clínica els estudiants de medicina feien la seva pràctica clínica). Semmelweis va observar que hi havia una mortalitat per febre puerperal, entre les dones parides, del 13,10%, mentre que en la segona clínica del mateix hospital utilitzada per a la docència de les llevadores, la mortalitat era només d'un 2,03%. La mort del seu amic Jakob Kolletscka (1803-1847), professor de medicina legal, com a resultat d'una punció accidental durant una autòpsia i la similitud de les seves lesions

anatomopatològiques amb les observades en la febre puerperal, féu pensar a Semmelweis que durant les autòpsies, els estudiants de medicina recollien a les seves mans emanacions verinoses, que després transmetien a les parteres durant les pràctiques clíniques. Basant-se en aquestes deduccions obligà els seus alumnes, i la resta del personal sanitari, a rentar-se les mans amb una solució d'hipoclorit càlcic i al cap d'un mes la mortalitat per febre puerperal en la primera clínica passà al 2,38%. La revolució lliberal de 1848 i la reacció conservadora a les reformes van fer perdre a Semmelweis el seu càrrec a Viena, i va haver de tornar a Hongria, on es va fer càrrec de la direcció d'una maternitat de Pest, fins al 1857. Tot i els bons resultats del seu mètode, el seu llibre *Die Aetiologie, der Begriff und Prophylaxis des Kinderbetfieberes*, publicat a Pest l'any 1861, va ser mal rebut pels crítics. Apassionat de les seves idees, Semmelweis retornà a Viena amb una gran frustració. Allà fou internat per signes de bogeria i morí tràgicament com a resultat d'una ferida, ocultà sota la camisa de força; Semmelweis adquirí una infecció similar a la septicèmia puerperal.<sup>330</sup>

Ni Holmes, ni Semmelweis podien conèixer l'existència dels gèrmens patògens responsables de les febres del puerperi. La seva pràctica es fonamentava només en l'observació. El descobriment del microorganisme responsable de les febres puerperals no es produí fins al 1888, quan Louis Pasteur (1822-1895) desenvolupà importants estudis de microbiologia mèdica que el conduïren al descobriment d'un nombre important de microorganismes patògens, entre els quals destacava l'estreptococ responsable de les febres puerperals, que tantes morts havia ocasionat en les sales de maternitat.

---

<sup>330</sup> Gerra, F., *op. cit.*, p. 586-587. Vid. Tröhler, U., L'essor de la chirurgie; a Grmek, M. D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme à la science moderne*; Paris, Seuil, 1999. pp. 243-244, així com Premuda, L., La naissance des spécialités; a Grmek, M., D., *op. cit.* p. 264.

### 5.6.2. L'anestèsia obstètrica

L'any 1844 l'odontòleg Horace Wells començà a utilitzar l'òxid nitrós com a anestèsic, després d'haver-lo vist utilitzar al químic Gardner Q. Colton en els seus espectacles, els quals consistien a administrar aquest gas entre persones voluntàries del públic. Aquests adquirien un estat eufòric i perdien les inhibicions, fet que produïa el delit del públic. En un dels espectacles un voluntari es va lesionar sota els efectes del gas i el doctor Wells es va adonar que no sentia dolor. Sobre aquesta base va decidir comprovar l'efecte de l'òxid nitrós i el dia 11 de desembre de 1844 va fer que el seu ajudant John Riggs li extirpés un queixal sense sentir dolor.<sup>331</sup>

El 16 d'octubre de 1846, el cirurgià de Boston John Collins Warren fou el primer d'aplicar una anestèsia mitjançant la utilització d'èter inhalat, en una extirpació d'un tumor de la gola, que va fer el cirurgià William Morton. La introducció de les tècniques anestèsiques suposà un avenç important per a la cirurgia. Operar sense dolor facilitava la feina dels cirurgians, tot i que en aquests moments una intervenció sense dolor no significava una intervenció sense risc: als efectes beneficiosos de l'anestèsia s'hi afegien els seus efectes secundaris, així com el risc de les infeccions que en aquests moments era encara molt alt. El 21 de desembre del mateix any, el cirurgià londinenc Robert Liston efectuà la primera amputació d'una cama sota anestèsia; l'endemà mateix l'anestèsia amb èter va ser introduïda a París; el 23 de gener de 1847 a Berna; el 28 de gener a Viena; el 6 de febrer a Berlín, el 8 de març a la Haya, etc. El 19 de gener de 1847, només quatre setmanes després de la primera operació sense dolor efectuada a Londres, l'anestèsia es va utilitzar també en obstetrícia, per tal d'alleujar els dolors del part. Va ser administrada per Sir James Young Simpson, d'Edimburg.

---

<sup>331</sup> Vid. Higgins, L. F., Cronohistoriografia de la anesthesiologia; *Anesthesiología mexicana en Internet*; <http://www.anestèsia.com.mx/histor2.html> (consulta 31/04/07), així com Tröhler, U., *op. cit.*, pp. 241-242.

James Young Simpson, nascut l'any 1811, es convertí en un dels obstetres més coneguts del segle XIX. Amb només vint-i-vuit anys va ser designat professor d'obstetrícia de la Universitat d'Edimburg. Fou un home que despertà una forta enveja i oposició entre els seus col·legues perquè tenia una consulta privada molt prolífica, amb clientela d'alta classe social; tanmateix, fou un autor científic important i un home preocupat per la pràctica quirúrgica ginecològica, que en aquells moments iniciava el seu camí. Fou el pioner de la utilització de l'anestèsia en l'assistència al part. Ell experimentà amb la utilització del cloroform. Tot i que en un primer moment utilitzà l'èter, més tard començà l'experimentació amb el cloroform, substància descoberta al voltant de 1830. Simpson va experimentar els efectes del cloroform sobre ell mateix i sobre els seus amics i col·legues. És notablement coneguda l'anècdota de com tres dels seus amics van començar a inhalar sobre vasos plens de cloroform que Simpson havia obtingut a Edimburg dels senyors Duncan i Flockhatr, que eren importants personatges de la indústria farmacèutica. Gairebé de forma immediata els tres amics varen començar a parlar alegrement, i al començament estaven entusiasmats amb el canvi experimentat, però posteriorment varen observar com queien a terra perdent el coneixement. Simpson, que va ser el primer a recobrar la consciència, es va adonar que la substància que havia utilitzat: el cloroform, era millor i més potent que l'èter.<sup>332</sup>

La primera dona a qui Simpson administrà cloroform durant el part fou l'esposa d'un metge, i ho va fer el dia 19 de gener de 1847; es diu que la pacient va quedar tan satisfeta que va batejar la nena nascuda amb el nom d'Anaesthesia. El 7 d'abril del mateix any està documentada una nova anestèsia en el part, aquesta vegada als EUA, i va ser l'autor de l'anestèsia, segons uns historiadors N. C. Deep i, segons altres, Walter Channing, en aquesta ocasió l'anestèsic administrat fou èter en goteig obert i es va aplicar a Fanny Longfellow,

---

<sup>332</sup> Vid. O'Down, M.J., i Philipp, E.E, *op. cit.*, pp. 541-542, així com Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, pp. 187-188.



esposa del poeta Henry Wadsworth Longfellow. Va ser el mateix Walter Channing, professor d'obstetrícia i jurisprudència a la Universitat de Cambridge, el primer autor d'un tractat mèdic dedicat a l'ús de l'anestèsia en l'atenció al part. El llibre portà el títol *A treatise on etherization in childbirth*.

Les discussions a favor i en contra de la utilització d'anestèsia van ser generalitzades; per a uns l'anestèsia suposava la màxima expressió de la bondat dels temps i un regal de Déu, mentre que per als altres era una cosa no natural, que qüestionava situacions com la consciència i la inconsciència, i la seva vinculació a la insensibilitat i la mort. Si aquestes discussions tenien lloc en referència amb la cirurgia operatòria, més intenses eren quan es referien a l'anestèsia en el part: una part dels arguments es basaven a afirmar que el patiment que experimentaven les dones durant el procés del part constituïa un element important de vinculació amb el fill i assegurava l'amor maternal; tanmateix, es considerava que el dolor durant el part era voluntat divina, ja que en el versicle 16 del tercer capítol del Gènesi Déu diu a la dona: «Multiplicaré en gran forma els treballs dels teus embarassos; amb dolor pariràs els fills».<sup>333</sup> L'Església considerava que el dolor en el part era inevitable i que les dones no havien de voler-lo suprimir.

Tot i que les discussions sobre l'ús d'anestèsia o analgèsia durant el procés del part continuaren amb l'oposició d'una part important de les esglésies d'unes i altres confessions, que conduïren fins i tot a processos d'excomunió per a aquells que aplicaven l'anestèsia i per a aquelles que se'n beneficiaven; el cert és que el seu ús es generalitzà després que fos administrada a la reina Victòria d'Anglaterra, el 7 d'abril de 1853, durant el part del seu cinquè fill, el príncep Leopold. A la reina li fou administrat cloroform per part del doctor John Snow, que ho va fer segons les recomanacions de James Young Simpson, que era metge de la reina d'Escòcia des del 1847. Posteriorment, la reina Victòria rebé també anestèsia en el naixement de la seva filla la princesa Beatriu, el 14 d'abril

---

<sup>333</sup> Gènesis 3:16 "Multiplicaré los trabajos de tus preñeces. Parirás con dolor los hijos"

de 1857. Victòria no tan sols fou la primera reina de rebre una anestèsia durant el part, sinó que també es convertí en la primera reina d'Anglaterra assistida durant el part per un metge de sexe masculí. Des de llavors, el part assistit amb anestèsia general per pal·liar els dolors de l'expulsiu del fetus rep el nom de *part de la reina*.<sup>334</sup>

## **5.7. L'assistència al naixement qüestió d'àmbit públic. Rol de metges i llevadores**

L'activitat de l'assistència al naixement pertanyia de forma tradicional a l'àmbit espacial i simbòlic de la privacitat, i era considerat un espai i una activitat que corresponia a les dones. Els estats nacionals i burgesos, de l'inici de segle XIX, es van fer cada cop més intervencionistes en la vida pública i a través d'aquesta en la vida privada. L'assistència al naixements consegüentment va passar a l'esfera pública i es va convertir en una qüestió d'Estat. Es va anar imposant la idea que una nació que visqués sense guerra, sense passions violentes i sense ocis, no coneixeria cap dels mals que colpejaven en aquells moments; la primera tasca de la medicina era per tant política. La defensa de la salut es va adaptar perfectament al projecte racional modern, es va anar introduint una visió optimista en el progrés humà il·limitat que podia arribar a vèncer la malaltia, es va creure fermament en una política sanitària universal a favor de la salut. La societat del segle XIX esperava de la medicina: la curació de les malalties, la prevenció de la malaltia i un cert saber científic sobre la

---

<sup>334</sup> Per a millor coneixement de la història de l'anestèsia durant el part Vid. Towler, J. Bramall, J., *op. cit.*, pp. 187-188, així com O'Down, M.J., Philipp, E.E., *op. cit.*, pp. 541-542, o també Nalda, M. A., *Introducción a Anestèsia en la paciente obstétrica de alto riesgo*; Barcelona, Hospital Clínic i Provincial, Departamento de Anestesiología i Reanimación, 1995.

naturalesa humana. En tant que coneixedor i tècnic de la natura de l'home, el metge aportava el seu paper d'educador de la humanitat i de redemptor de les calamitats, fam, dolor o injustícia, que fins llavors havia patit la nostra espècie.

Aquest canvi de mentalitat comportà una transformació de l'activitat del parteratge, que es va perfilar com una activitat masculina i quirúrgica. Es va produir un interès públic en què els cirurgians entressin plenament en una activitat fins llavors poc atractiva i, per altra banda, la massiva entrada dels homes en l'activitat de parteratge va refermar la seva conversió en una activitat pública. Aquesta conversió comportà una major regulació social de l'activitat professional, així com un major prestigi i reconeixement social.

L'interès per la formació i la reglamentació de les professions que intervenien en l'assistència al naixement es va fer palesa, però aquest fet va afectar de forma molt diferent el col·lectiu de les llevadores i el col·lectiu mèdic.

### **5.7.1. Una nova professió medicoquirúrgica unificada: La ginecologia com especialitat mèdica**

Durant molt segles els cirurgians havien tingut una funció clara en la cura i atenció a les ferides, i el seu lloc estava en la cirurgia militar. Com hem anat mencionant, també intervenien en l'escenari del part, quan aquest no es produïda per vies naturals i era necessària la utilització d'algun tipus d'instrumentació. En primera instància l'aplicació d'un fòrceps podia salvar la vida de la mare i del fill; però si això no era possible llavors s'optava per la fetotomia i l'extracció del fetus esquarterat, per tal de salvar la vida de la mare. Al llarg del segle XVIII, hem comprovat com en certes ocasions es preferia practicar una intervenció cesària, quan la mare estava prop de la mort, per intentar salvar el

fetus, o si més no administrar-li el sagrament del baptisme; fet que era qüestionat moralment per alguns autors.

Fora de l'escenari del camp de batalla o de l'alcova del part, les tècniques quirúrgiques havien avançat poc: els coneixements anatòmics rudimentaris, la manca de procediments anestèsics, i especialment el perill de les infeccions secundàries a l'acte quirúrgic havien fet que la cirurgia no progressés cap a altres camps.<sup>335</sup> L'any 1743, els cirurgians ja havien aconseguit separar-se definitivament del grup dels barbers i després de la Revolució Francesa esdevení la definitiva unificació entre els metges i els cirurgians donant pas a una nova professió medicoquirúrgica unificada.

La utilització de l'anestèsia i especialment la millora de les tècniques d'asèpsia i antisèpsia permeteren avançar cap a la consecució d'unes tècniques quirúrgiques més refinades i conferiren als cirurgians afirmar-se com a creadors d'una disciplina autònoma i independent.

En al camp de l'assistència a la salut femenina, la millora de les tècniques quirúrgiques permeté el naixement de la ginecologia. El desenvolupament de la cirurgia ginecològica es va separar de l'assistència al part; i el tracte reproductor femení fou objecte d'un assalt quirúrgic moltes vegades innecessari, però en altres beneficiós.<sup>336</sup> Gràcies a l'ajuda de l'anestèsia, de l'antisèpsia i del perfeccionament de les tècniques quirúrgiques els cirurgians accediren amb èxit a algunes de les patologies de l'aparell reproductor femení. James Marion Sims, l'any 1849, aconseguí la primera reparació amb èxit d'una fístula vesicovaginal. L'any 1855, el mateix Sims fundà un hospital per tractar afeccions femenines, a Nova York. Osiander de Gotingen a Alemanya amputà per primera vegada un coll uterí cancerós l'any 1801, i es diu que el seu èxit estimulà l'interès per la cirurgia uterina i l'extracció quirúrgica de l'úter patològic (histerectomia). L'any

---

<sup>335</sup> A partir de la segona meitat del segle XVIII, gràcies als progressos tècnics, la cirurgia adoptà un aspecte més científic, i els cirurgians aspiraren a millorar la seva posició i conquerir un lloc de reconeixement social al costat dels metges.

<sup>336</sup> O'Down, M.J., Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 13.

1878 Walter Burnham de Massachusetts realitzà la primera histerectomia abdominal en una dona que tenia càncer. La seva tècnica va ser millorada per Freund d'Estrasburg i finalment fou Wertheim qui l'any 1898 realitzà la primera histerectomia radical.

Aquesta unificació de les branques mèdiques i quirúrgiques coincidí amb el naixement de la clínica. La substitució del mètode passiu tradicional d'observació del malalt fou substituït per l'exploració clínica activa fonamentada en la realització d'una anamnesi completa i una exploració directa efectuada sobre el cos del malalt al qual s'inspeccionava, es palpava, es percutia i s'auscultava. Aquest canvi cap una medicina més activa fou possible perquè augmentà el nombre d'hospitals i el nombre de llits que acollien cada vegada un nombre superior de malalts, la qual cosa va permetre als estudiants realitzar les seves pràctiques clíniques al peu del llit del malalt. Això fou conseqüència directa de la revolució industrial, que ocasionà un flux migratori des de les zones rurals cap a les zones urbanes. Un nombre cada cop més gran de famílies sobreviuen en suburbis urbans mancats de les més mínimes condicions d'higiene i salubritat, i afavorien el desenvolupament de nombroses malalties com el tifus o altres malalties infeccioses que requerien d'hospitalització.<sup>337</sup>

Al llarg dels segle XIX nasqué la figura de l'investigador a temps complet, que compatibilitzava les estructures educatives i científiques. Els processos d'institucionalització de la recerca científica endegaren un procés en el qual es féu necessària una especialització i una parcel·lació del saber científic, que provocà l'aparició progressiva de l'especialització i la parcel·lació del saber mèdic, que conduirà progressivament a una especialització de les diferents branques de la medicina i la cirurgia. Es crearen societats científiques per defensar els interessos de cada una de les especialitats; a Espanya es fundà la

---

<sup>337</sup> Vid. Premuda, L., *op. cit.*, p. 253-269.

*Sociedad Ginecológica Española*, l'any 1874 des del mateix moment en què la ginecologia començà a ser considerada una especialitat mèdica independent.<sup>338</sup>

La millora de les tècniques quirúrgiques també va arribar a l'assistència al part patològic. La cesària es va modificar i els índexs de mortalitat materna milloraren a final del segle XIX. L'any 1876 s'introduí la tècnica de Porro, en la qual s'efectuava una histerectomia subtotal quan el nen havia nascut, i es milloraven d'aquesta forma els índexs de supervivència de la mare. L'any 1882 Adolf Kehrer, i també Sanger, proposaren el tancament quirúrgic de la paret uterina, i van fixar d'aquesta forma les bases per a la moderna intervenció cesària.<sup>339</sup>

### **5.7.2. Les llevadores al llarg del segle XIX. El seu intent d'equiparar-se als cirurgians**

La millor formació clínica del cirurgians, el millor coneixement de les maniobres de versió, la millora de les tècniques quirúrgiques i dels recursos instrumentals, particularment el fòrceps, va fer augmentar considerablement el nivell tècnic dels homes cirurgians obstetres dedicats a l'assistència al naixement. La seva pràctica es va dirigir a l'interior dels hospitals, on desplaçaren progressivament la tasca rutinària i empírica de les llevadores.

Progressivament varen desaparèixer de la història els noms de les llevadores il·lustres. Les últimes que podem citar són: Marie Anne V. Boivin (1773-1841), autora d'un petit manual que es titulava *Mémorial de l'art des accouchements*. Boivin també va contribuir a la descripció de la mola hidatiforme

---

<sup>338</sup> Usandizaga, M., *op. cit.*, p. 280.

<sup>339</sup> Per a un millor coneixement de la cirurgia ginecològica al llarg del segle XIX es pot consultar O'Down, M.J., Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 13-14.

l'any 1827. El text de Marie Louise La Chapelle (1769-1821), *Practique des accouchements*, aportà una contribució científica destacable en reduir a vint-i-dues les noranta-quatre presentacions teòriques del fetus descrites fins al moment. En la seva obra aportà la seva experiència de més de quaranta mil parts a l'Hospice de la Maternité de París.<sup>340</sup>

A la fi del segle XIX es produí un intent, per part d'un grup de dames angleses, d'accedir a una llicència en obstetrícia que equiparés el nivell professional d'aquesta llicència amb la dels cirurgians. L'any 1862 fundaren la *Female Medical Society*, institució que tenia com a finalitat proporcionar a les dones cultivades les institucions adequades per tal d'aprendre la teoria i la pràctica de l'atenció al part, i les branques accessòries de la ciència mèdica. L'any 1873 s'establí a Londres el *Ladies Obstetrical College* amb la intenció de preparar llevadores o obstetres. L'any 1875 algunes dels seus membres es presentaren a l'examen del Royal College of Surgeons d'Anglaterra, ja que aquesta institució havia aprovat una clàusula l'any 1872 que permetia examinar persones que pretenguessin convertir-se en llicenciades en l'assistència al part. Considerant-se persones, algunes dames es prepararen per tal de superar l'examen i aconseguir la llicència. Abans de poder realitzar l'examen, la junta d'examinadors dimití, amb el suport de la *London Obstetrical Society* i l'examen no es realitzà. La mateixa pretensió tenien les dames de l'*Obstetrical Association of Midwives*, on les llevadores associades pretenien convertir-se en professionals qualificats i reconeguts per a l'assistència al part normal i patològic. Aconseguiren que es promulgés una proposta de llei que permetia a les dones adequadament qualificades ser admeses en el *Medical Register* com a llicenciades en assistència al part. En cas d'haver-se aprovat, les llevadores s'haurien classificat en dos nivells; unes amb educació superior i les altres amb educació més limitada i funcions més restringides. La proposta de llei no fou aprovada, les associacions mèdiques tals com la *British Medical Association* o

---

<sup>340</sup> Guerra, F., *op. cit.*, p. 583.

*l'Obstetrical Society* temien que si les llevadores podien accedir a un estatus social més alt, això repercutiria en una pèrdua d'estatus de la professió mèdica, que en aquests moments ja havia integrat en el seu si els cirurgians.<sup>341</sup> Finalment, les dones foren admeses sense restriccions a les escoles de medicina, de forma que el *Ladies Medical College* es dissolgué i cessà per tant el seu suport a la *Midwives Association*. La *Female Medical Society* va passar a anomenar-se *Ladies Medical College* i ara donaven suport al lliure accés als estudis de medicina per part de les dones.

Les llevadores del Regne Unit no aconseguiren la seva pretensió d'augmentar l'estatus social i com a conseqüència de tots els canvis esdevinguts canviaren l'enfocament de la professió. Una nova classe de llevadores hospitalàries, de moment escasses en nombre, acceptaren sense protestar el seu nou paper de professional secundari que treballava sota les ordres dels metges i cirurgians. Possiblement la majoria d'aquestes llevadores varen considerar que molts dels canvis i avenços milloraven la salut de les mares, i en qualsevol cas les circumstàncies socials del moment no els permetia cap modificació de la situació creada.<sup>342</sup> Al Regne Unit, el *Sheffield Hospital for Women* inicià un programa de formació per a llevadores l'any 1865. L'informe anual de 1865 determinava com a requisit previ per a l'admissió a l'examen que totes les llevadores assistissin a les lliçons corresponents. El *St. Mary's Hospital* de Manchester també tenia programa de formació per a llevadores i l'acta 29 de l'informe de 1868 manifestava que «a aquest hospital (han) d'estar-hi adscrites llevadores instruïdes».<sup>343</sup> Sembla que les llevadores formades en centres com el *St. Mary's Hospital* de Manchester, el *Liverpool Maternity Hospital*, el *Sheffield Hospital for Women* i el *Queen Charlotte's Hospital* de Londres eren les

---

<sup>341</sup> Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, pp. 200-203.

<sup>342</sup> *Ibid.*, p. 195.

<sup>343</sup> *Ídem*, p. 197 “a este hospital (deben) estar adscritas comadronas educadas.”



responsables de l'assistència als parts normals que es produïen en aquests centres.

Per a Ortiz (1996), el nou model quirúrgic d'ensenyament de l'art de l'assistència al part establí una formació diferenciada per a homes/estudiants de cirurgia i dones/llevadores que habilitava aquestes per a menys funcions de les que tradicionalment havien desenvolupat. D'aquesta forma, es van casar a la perfecció dues de les aspiracions de la Il·lustració, encara que fos de forma tardana: l'educació de les dones i l'ensenyament de les ciències útils, respectant el principi que cadascú havia d'ocupar el lloc que li corresponia en virtut de la seva procedència de gènere, servint al mateix temps als objectius expansionistes dels cirurgians.<sup>344</sup>

#### **5.7.2.1. La formació de les llevadores a Espanya**

L'any 1804, a l'inici del segle XIX, una ordre de Carles IV regulà la titulació de llevadora i establí un programa d'estudis. En aquesta ordre s'identificava clarament l'assistència al naixement com a una part de la cirurgia, però tanmateix permetia l'acreditació de les llevadores que estiguessin en exercici. També es regulava la formació d'aquelles que volguessin accedir a l'ofici mitjançant el compliment de dos cursos de dos mesos cadascun, amb una hora de classe diària. Figurava entre els requisits de les aspirants ser vídua o casada, aportar certificat de bons costums, entregar un informe de neteja de sang; així com l'acreditació de la pràctica de tres anys al costat d'un cirurgià o una llevadora aprovada.<sup>345</sup>

---

<sup>344</sup> Ortiz, T., *La educación de las matronas en la Europa Moderna*; , p.164.

<sup>345</sup> Fernández, M.C., *op. cit.*, p. 4

L'obtenció del títol de llevadora es regulà de nou mitjançant llei d'instrucció pública de 9 de setembre de 1857. Aquesta llei fou promulgada per Carlos Moyano i definia la llevadora com «la dona pràctica en l'art del part o que exerceix en virtut de títol».<sup>346</sup> Aquesta llei no es desenvolupà fins al 1861 i llavors es determinà que els estudis de llevadores només es podien cursar en cases de maternitat o en hospitals en els quals hi haguessin sales de part. Els cursos durarien quatre mesos i comprenien nocions d'anatomia i fisiologia, fenòmens del part, assistència a la mare i al nadó, primers auxilis al nen i baptisme d'urgència. En aquesta ocasió s'exigia que les aspirants fossin majors de vint anys, que tinguessin estudis elementals, que fossin casades amb autorització del marit, o vídues; també s'exigia el certificat de bons costums. Es redactà un nou text guia per a l'aprenentatge; en aquesta ocasió fou redactat pel metge Francisco Alonso Rubio que el titulà: *Manual de partos para la enseñanza de la matrona*.

Durant l'últim terç del segle XIX es produí a Espanya, igual que a altres països europeus, el tímid ingrés d'algunes dones a les facultats de medicina. Aquestes primeres dones metges tenien com a objectiu prioritari dedicar-se a l'atenció a la salut de les dones.

Les dues primeres joves espanyoles que aconseguiren el títol de metge varen estudiar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Eren Dolors Aleu i Riera, nascuda a Barcelona l'any 1857, que havia cursat els estudis de batxillerat en aquesta ciutat abans de matricular-se a la Facultat de Medicina. Un cop aprovades totes les assignatures de la carrera s'hagué de traslladar a Madrid per tal de seguir els cursos de doctorat i defensar la tesi el 6 d'octubre de 1882. L'altra jove fou Martina Castells Ballespí, nascuda a Lleida l'any 1852, que estudià batxillerat a l'institut lleidatà i la carrera de medicina a la Universitat de Barcelona. Un cop finalitzada, l'any 1881 es matriculà a Madrid als cursos de doctorat i defensà la seva tesi el 9 d'octubre de 1882.

---

<sup>346</sup> Terre, C., La matrona en España. Historia de una profesión; anexe a Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, pp. 373-383. "la mujer práctica en el arte de partos o que ejerce en virtud de título."

Curiosament, ambdues escolliren entre aquells temes que s'oferien en el catàleg de doctorat el de l'educació higienicomoral de la dona. La tesi d'Aleu duia el títol: *De la necessitat d'encaminar per un nou camí l'educació higienicomoral de la dona*, mentre que la de Castells responia al títol de: *Educació física, moral i intel·lectual que ha de donar-se a la dona per tal que aquesta contribueixi en grau màxim a la perfecció de la humanitat*.<sup>347</sup>

A aquestes dues dones se'ls havia ensenyat al llarg del currículum dels estudis de medicina que la naturalesa femenina era fràgil, emotiva, afectivament depenent, necessitada de la protecció masculina, sexualment passiva i predeterminada a la maternitat. Sembla, però, segons les seves tesis, que elles no ho havien interioritzat o si més no que en la seva reflexió havien descobert el contrari, fet que queda reflectit en algunes de les seves afirmacions:

«Per negar la instrucció de la dona s'han eduït proves fisiològiques, anatòmiques i fisiològiques. S'ha dit que les funcions de generació la priven d'ocupar-se de treballs seriosos; que tots els seus teixits, sistemes i aparells són molt més dèbils que els dels homes; que en l'extremitat cefàlica no només hi ha diferències notables de volum i pes del cervell, sinó que aquestes diferències han arribat a traduir-se en la bòveda craniana».<sup>348</sup>

Dolors Aleu només acceptava que si això era veritat, es limitava a produir-se en períodes molt concrets de la vida de les dones, sense que arribés a condicionar tota la vida. El mateix succeïa en el cas de Castells que defensava

---

<sup>347</sup> Flecha, C., La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882 a Cabre, M., i Ortiz, T., *op. cit.*, pp. 217-219.

<sup>348</sup> Fragment de la tesi doctoral de Dolors Aleu a Flecha, C., *op. cit.*, p. 225. “Para negar la instrucción a la mujer, se han aducido pruebas fisiológicas, anatómicas y frenológicas. Se ha dicho que las funciones de generación le vedan de ocuparse de trabajos más serios; que todos sus tejidos, sistemas y aparatos son mucho más débiles que los del hombre; que en la extremidad cefálica no sólo hay diferencias notables de volumen y peso en el cerebro, sino que estas diferencias han llegado a traslucirse en la bóveda craneal.”

que l'accés als estudis de medicina enriqueixen la dona, que sense abandonar el paper d'esposa i mare podia deixar de banda el paper assignat de reina i presonera de la seva llar. Per a Castells:

«la dona casada instruïda, augmentarà els atractius de la llar; podrà conversar amb el seu espòs dels assumptes que se surtin de la rutina que constitueix el fons de la conversa amb la seva muller». <sup>349</sup>

Per a les dones amb estudis de medicina que no optessin pel matrimoni, Castells defensava la seva dedicació a l'atenció de la salut de les dones:

«Si la dona metge no es casa, produeix un bé a la societat dedicant-se a les malalties pròpies del seu sexe, pot atendre-les amb dedicació pel seu caràcter, sense distracció de cap tipus perquè no la té, i potser fins i tot proporcionari a la ciència algun nou coneixement». <sup>350</sup>

Tot i que les primeres dones metges es dedicaren a l'atenció a la salut reproductiva de la dona, aquest fet no va comportar la desaparició de les llevadores. Els programes de formació per a llevadores les situava com a expertes en l'assistència al naixement, però sempre sota la direcció del metge. Un nombre considerable de dones accediren a aquesta formació, el Reglament de 1861 fou substituït l'any 1888 pel Reial decret de 16 de novembre, en el qual s'aprojava el Reglament per a les carreres de practicants i llevadores. D'aquesta forma s'establia la regulació de dues professions, una d'aquestes amb competències en la salut de les dones i l'altra amb competències en les cures i

---

<sup>349</sup> Fragment de la tesi doctoral de Martina Castells a Flecha, C., *op. cit.*, p. 232. «La mujer casada, con su instrucción, aumentará los atractivos del hogar; podrá conversar con su marido de asuntos que se salgan de la rutina que forman el fondo de conversación de la mujer».

<sup>350</sup> *Ídem.*, «Si la mujer médico no se casa, produce un bien en la sociedad dedicándose a las enfermedades propias de su sexo, puede atender a ellas con solicitud por su carácter; sin distracción alguna porque no la tiene, y tal vez proporcione a la ciencia algún nuevo conocimiento».

tècniques d'atenció als malalts; en ambdós casos eren professions de caràcter pràctic que reconeixien una certa autonomia en l'exercici de les tècniques i cures, però que sempre havien d'actuar sota les ordres d'un facultatiu metge o cirurgià que era qui tenia la màxima responsabilitat de la salut i la malaltia.

## **5.8. L'actitud conservadora en front de la intervencionista en l'assistència al part**

El fet que l'assistència al part quedés sota la direcció de la classe mèdica no significa que hi hagués unanimitat de parers en relació amb la forma en què calia donar-li atenció. La medicalització progressiva havia fet que un nombre important de professionals defensessin una obstetrícia activa, intervencionista, extremadament confiada en les aportacions de les tècniques operatòries i en la utilització del fòrceps; en contraposició a aquesta tendència n'hi hagué una altra que valorava i confiava en la força de la naturalesa i defensava una actitud conservadora i poc intervencionista. Els obstetres francesos i alemanys foren defensors de la primera tendència, mentre que els metges anglesos es decantaren fonamentalment per la segona opció. A Àustria aquesta tendència conservadora també es deixà sentir i trobà el seu més acèrrim defensor en la figura de Johann Böer, qui explicava que, a la seva clínica, la millor tècnica curativa per a les dones, durant el part i postpart, l'havien trobat en el consumé d'ou.<sup>351</sup> La seva conducta expectant i sòbria en l'assistència al part inicià la línia definitiva de l'escola obstètrica vienesa en la qual, segons Boër, el metge no havia de comportar-se com si la naturalesa hagués oblidat com calia actuar en el part. Per aquest motiu, al llarg de la seva vida professional només va aplicar el

---

<sup>351</sup> Premuda, L., *op. cit.*, p. 264.

fòrceps en cinc dels nou-cents cinquanta-vuit parts que va atendre, també desaconsellava la realització d'exploracions i tactes vaginals innecessaris, als quals considerava els màxims responsables de les infeccions puerperals.

En contra de l'opinió de Boër pot destacar-se Friedrich Benjamin Osiander de Zell Württemberg, professor d'obstetrícia a la Universitat de Göttingen a Alemanya, qui al llarg de la seva carrera professional aplicà el fòrceps en mil setze casos dels dos mil cinc-cents quaranta parts que va atendre; la seva actitud intervencionista el féu avançar tanmateix en la millora de la pràctica de la cesària.<sup>352</sup>

França es decantà, com hem mencionat, de forma unànime per la intervenció activa en el control del treball de part i foren precisament obstetres francesos els que es desplaçaren a Espanya per tal d'assistir els parts de les reines espanyoles de la Casa de Borbó. L'any 1880 la reina Maria Cristina va donar a llum el primer dels seus fills. A les sis del matí la reina sentí els primers símptomes del part, quan s'iniciaren els intensos dolors, el metge féu públic que la sobirana havia iniciat el part i llavors es varen encendre els ciris de l'altar i es tragueren les relíquies. Acompanyaven la sobirana la reina Isabel II, la seva mare, l'arxiduquessa Isabel, la marquesa de la Santa Cruz i el metge.

«A dos quarts de nou del matí el doctor Riedel, que va atendre la reina, anunciava el desenllaç feliç de l'esdeveniment i el naixement d'una infanta. Mentre el part es produïa la Facultat de Medicina de la Reial Càmera estava reunida a Palau sense poder intervenir. El doctor Francisco Alonso Rubio, president de la Reial Cambra, anuncià la seva dimissió que, després d'uns primers intents de dissuasió, fou finalment acceptada. El doctor Alonso Rubio no podia consentir que la reina fos atesa per un metge estranger, no solament pel menyspreu que suposava per als professionals espanyols, sinó pel fet de considerar que la medicina espanyola, mal considerada i sense

---

<sup>352</sup> Guerra, F., *op. cit.*, p. 583.

prestigi fora del país, quedaria encara més desprestigiada després d'aquest fet».<sup>353</sup>

Possiblement aquest fet influí en que, al llarg del segle XX, progressés també a Espanya una actitud obstètrica favorable a l'assistència activa i intervencionista en l'assistència al part.

---

<sup>353</sup> Boguñà, J. M., A cavall entre dos segles. El resorgiment a Catalunya de l'obstetricia i la ginecologia a Carrera, J.M., *op. cit.*, p. 73





## **Segona Part**

La situació actual:

Aspectes ètics i socials.



## 1. El segle XX. La revolució biomèdica

El segle XX inaugurà una nova perspectiva en el camp biomèdic, tant per l'enorme creixement dels mitjans diagnòstics, de tractament o de profilaxi, com per les noves orientacions adoptades en les explicacions dels fenòmens vitals normals i patològics.

Una de les característiques de la revolució biomèdica del segle XX fou la importància de l'estudi, cada cop més detallat, de les estructures anatòmiques i funcionals: de l'anatomia macroscòpica i de la fisiologia dels òrgans es passà a l'interès per la morfologia i la bioquímica cel·lular. L'estudi dels gens i dels enzims, la recerca sobre virologia, genètica bacteriana o la relació entre el mapa genètic humà i determinades malalties caracteritzaren l'avenç d'aquest període. Un pas decisiu el constituí la descoberta del rol dels àcids núclids, i el coneixement que les molècules d'ADN es podien descodificar; el model de doble hèlix, proposat l'any 1953 per James Watson i Francis Crick, explicà de forma clara aquesta capacitat extraordinària del material genètic.

Tanmateix, fou en la lluita contra les malalties infeccioses on el segle XX demostrà un dels seus èxits principals: la possibilitat de combatre amb eficàcia molts dels organismes patògens; això va permetre un augment espectacular de l'esperança de vida als països desenvolupats. Aquest èxit fou possible gràcies a la combinació de tres estratègies: el control de les vies d'infecció, la millora de l'estat immunitari de les persones i la lluita directa contra els microorganismes en plena fase d'infecció. Els mètodes de desinfecció ambientals, el control sanitari

de l'aigua i dels aliments tingueren un paper crucial en el control de les vies d'infecció. Si bé no fou mèrit exclusivament mèdic, la millora de l'estat immunitari dels habitants dels països desenvolupats contribuí extraordinàriament en la millora de la salut poblacional; això es degué bàsicament a una alimentació de qualitat, però la recerca biomèdica i el descobriment de vacunes profilàctiques jugaren també un paper essencial en aquest aspecte; fou en la lluita contra els microorganismes patògens on la medicina es mostrà altament eficaç. Des de l'inici del segle XX, Paul Ehrlich obrí una nova via amb el descobriment de medicaments eficaços en front dels treponemes; fou a partir de les seves idees que la firma Bayer inicià una línia de recerca sobre l'acció dels colorants de síntesi; el resultat fou el descobriment de les sulfamides, que si bé es descobriren l'any 1908, no es comercialitzaren fins a la dècada dels anys trenta. El descobriment dels antibiòtics marcà un punt i a part en la lluita antibacteriana.<sup>354</sup>

En aquesta carrera de lluita contra la malaltia, un millor diagnòstic condicionà les estratègies per tal d'implantar un tractament adequat. L'ús dels raigs X es perfeccionà gràcies a les substàncies de contrast, la tomografia fou un descobriment que permeté millorar encara més la visualització de les imatges corporals. En la segona meitat de segle XX, el descobriment de l'ecografia suposà un pas crucial per conèixer millor les estructures internes corporals, i fou en el camp de l'obstetrícia on la seva aplicació es mostrà cabdal, i possibilità així el naixement d'una nova especialitat mèdica: la medicina fetal.

No menys important fou el desenvolupament de tests de laboratori: bioquímics, hematològics o serològics. També fou durant els primers anys del segle XX quan Karl Landsteiner descrigué, per primera vegada, els grups

---

<sup>354</sup> Fou Alexandre Fleming, la tardor de 1928, qui descobrí l'acció antibacteriana d'una colònia de *Penicillium*, la seva observació quedà molt de temps sense aplicacions pràctiques. L'era de la antibioticoteràpia s'inicià de forma plenament activa durant la II Guerra Mundial. L'ús de la penicil·lina va ser ràpidament seguit pel de l'estreptomina, l'aureomicina i altres substàncies cada cop més especialitzades.

sanguinis A, B i 0; cap a la meitat de segle Jean Dausset descobrí els grups tissulars del sistema HLA. Tots aquests descobriments possibilitaren la implementació de pràctiques com les transfusions sanguínies, el trasplantament d'òrgans o el desenvolupament de la gammaglobulina anti-D, en el camp de l'obstetrícia.<sup>355</sup>

Aquest avenç excepcional de les ciències mèdiques, al llarg del segle XX, no es trobà desproveït dels seus aspectes foscos; la possibilitat de fer intervencions mèdiques més eficaces s'acompanyà de tècniques cada vegada més complexes, cares i perilloses, i és per això que aparegué el concepte de malaltia iatrogènica. Els hospitals es convertiren en centres altament tecnificats i el cost de la sanitat augmentà de forma espectacular en tots els països occidentals.

Aquesta revolució biomèdica i el debat epistemològic i social que s'ha suscitat a posteriori han afectat de ple el camp que ens ocupa: el procés del naixement i la seva assistència. L'embaràs i el part constitueixen processos fisiològics en la vida de les dones, però aquests processos s'inscriuen en un context històric i social que en determinen el significat. La revolució biomèdica que caracteritzà el segle XX produí una forta medicalització del fet reproductiu, que adoptà diferents formes i models segons països i regions, però que en tots els casos provocà un canvi substancial de la pràctica assistencial i de la concepció simbòlica de l'atenció mèdica a l'embaràs i el part.

---

<sup>355</sup> Per a més informació sobre tots els avenços biomèdics d'aquest període es pot consultar: Grmek, M.D., *La révolution biomédicale du XX siècle*; a Grmek, M.D., *Histoire de la pensée médicale en Occident, Tome3. Du romantisme á la science moderne*; Paris, Editions du Seuil, 1998, pp. 319-336.

## 1.1. L'interès mèdic per l'exploració de l'abdomen de la dona embarassada

Totes les cultures, al llarg de la història, han elaborat normes de conducta per a les embarassades, amb la finalitat que durant aquest període les dones seguissin uns estils de vida saludables per tal d'aconseguir un embaràs a terme que culminés amb el naixement feliç d'un nadó sa. La literatura mèdica no se n'ha mantingut aliena i la majoria dels tractats mèdics, editats amb anterioritat al segle XX, aconsellaven una vida reposada i assossegada, amb passejos suaus a l'aire lliure, procurant allunyar-se de tots els excessos en el menjar i el beure; tanmateix era desitjable que la dona embarassada es rodegés de companyies agradables, perquè les emocions intenses o els sentiments desagradables podien ocasionar avortaments, parts prematurs i fins i tot malformacions en el fetus, el mateix podia succeir si s'excedia en la pràctica de l'exercici físic, es desaconsellava córrer, cavalcar o ballar, fins i tot riure de forma sobtada i violenta podia ocasionar algun tipus d'alteració. Totes aquestes recomanacions pretenien educar la població, però la classe mèdica no havia demostrat interès per l'assistència mèdica de l'embaràs; el concepte d'atenció prenatal no existia. Ni els proveïdors d'atenció sanitària, ni les mateixes dones embarassades consideraven necessària la supervisió mèdica durant l'embaràs. Cap col·lectiu professional es creia expert en aquest camp i consegüentment no hi havia llits en els hospitals dedicats a aquest propòsit.

Fins a la fi del segle XIX es mantingué vigent la teoria formulada en el *Corpus hippocraticum* que creia que durant l'embaràs es produïa un estat de *plètora*. Aquesta teoria es fonamentava en la creença que la salut era el resultat de l'equilibri entre els quatre humors corporals: la bilis negra, la bilis groga, la sang i la flema. El terme *plètora* s'aplicava a una sèrie de trastorns en els quals es produïa un desequilibri a causa d'un excés de sang en el cos. La plètora es justificava durant l'embaràs a causa de la retenció del flux menstrual. L'estat

pletòric podia ser responsable d'avortaments, parts prematurs, convulsions o depressió materna.<sup>356</sup> El remei per a aquest trastorn era obvi, se sagnava la malalta. L'ús de la sagnia fou profusament utilitzat durant els segles XVIII i XIX. W. S. Plyfair remarcava en un text obstètric publicat l'any 1898 que «resultava un fet estrany per a les dones no ser sagnades de sis a vuit vegades durant els darrers mesos de l'embaràs».<sup>357</sup> Al Regne Unit obstetres prestigiosos com William Smellie (1697-1763) o William Hunter (1718-83) havien contribuït a estendre aquesta pràctica a la majoria de dones embarassades. La sagnia no va iniciar el seu declivi fins que l'any 1843 Gabriel Audral, a França, descobrí que la sang de les dones embarassades tenia un nombre menor de cèl·lules sanguínies que la de la resta de dones; a partir d'aquest moment el nombre de sagnies començà a disminuir.<sup>358</sup>

No hi havia la idea de fer un seguiment durant l'embaràs a aquelles dones que no presentaven cap tipus de simptomatologia. Un dels principals motius que feia difícil establir un programa d'atenció prenatal era el diagnòstic fiable de l'embaràs. Tot i que des d'Hipòcrates es coneixia que l'orina de la dona embarassada contenia algun tipus de substància capaç de fer germinar diferents llavors, l'establiment d'un diagnòstic fiable i precoç era encara un problema a la fi del segle XIX. No fou fins a la segona dècada del segle XX quan es varen desenvolupar els primers tests per diagnosticar l'embaràs en orina.<sup>359</sup>

---

<sup>356</sup> Vid. Oakley, A., *The Captured Womb. A history of the Medical Care of Pregnant Women*; Glasgow, Oxford Publishing Services, 1986, pp. 21-22.

<sup>357</sup> *Ibid.*, p. 22. "It was by no means rare for women to be bled six or eight times during the latter months of pregnancy."

<sup>358</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>359</sup> *Ibid.*, p. 18. Durant el segle XIX hi hagué un cert interès en determinar aquells signes que podien ajudar al metge a efectuar un diagnòstic precoç i fiable de l'embaràs. L'any 1834 W. F. Montgomery publicà un text dedicat a la descripció dels signes i símptomes que feien sospitar l'existència d'un embaràs. El seu llibre *An exposition of the Signs and Symptoms of Pregnancy* fou un tractat de 492 pàgines en les que descrivia tot allò que podia fer sospitar l'existència d'embaràs. Montgomery adquirí un lloc en la història de l'obstetrícia gràcies a la descripció de les glàndules sebàcies de la arèola mamària que s'hipertrofiaven al llarg

Les exploracions vaginals o abdominals durant l'embaràs no s'empraven, ni per fer-ne un diagnòstic, ni amb qualsevol altra finalitat. De fet, qualsevol exploració de l'abdomen d'una dona embarassada era considerada impròpia per a la classe mèdica. Amb el pas del temps, entre les dones de les classes benestants de l'època victoriana es començà a estilar la visita al metge al voltant dels set mesos d'embaràs i s'inicià, de forma molt tímida, el costum de practicar un tacte vaginal que es feia amb la dona sedada per opiacis.<sup>360</sup>

Al llarg del segle XX la medicalització i tecnificació en l'assistència al naixement es fou implantant de forma progressiva, com es podrà comprovar a continuació.

### **1.1.1. L'úter gestant sota el punt de vista de les lleis de la física. L'obra d'Adolphe Pinard**

Adolphe Pinard fou un metge francès que nasqué a Méry-sur-Seine l'any 1844 i morí a la mateixa ciutat l'any 1934. Pinard fou membre de l'acadèmia de medicina francesa i l'any 1919 fundà, conjuntament amb Benjamin Weill Hallé, l'Escola de Puericultura de la Facultat de Medicina de París.<sup>361</sup> Tot i la llarga vida

---

de l'embaràs (conegudes com a tubercles de Montgomery) constituint un signe probable d'embaràs, però Montgomery va errar al considerar que la secreció que presenten algunes embarassades durant la segona meitat de gestació provenia de la secreció d'aquests tubercles.

<sup>360</sup> Montgomery aconsellava la utilització del cloroform a aquells metges que consideressin necessària aquest tipus d'exploració. Dos dits de la mà del metge, amb les ungles correctament tallades i convenientment untats amb algun tipus de llar eren introduïts dins la vagina de l'embarassada. En cap cas els genitals de la dona eren exposats i visualitzats pel metge; doncs això constituïa una incorrecció moral ; calia practicar-lo sota la roba del llit i amb els ulls del examinador mirant el sostre.

<sup>361</sup> Vid., Institut Pasteur., *Repères chronologiques. Benjamin Weill-Hallé (1875-1958)*; París, Service des Archives du Institut Pasteur, última actualització 1 agost 2007, consulta 6 agost 2007. Disponible en línia a: <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/wei0.html>.



que va tenir es coneixen poques dades de la seva biografia. Rep el seu nom l'estetoscopi que actualment s'utilitza per a l'auscultació de la freqüència cardíaca fetal, però és especialment conegut pels seus treballs pioners sobre la palpació abdominal i la versió externa. És destacable el seu *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes*. És un llibre d'obstetrícia que es divideix en tres parts: la primera versa sobre la palpació obstètrica; la segona sobre l'acomodació natural del fetus a l'interior de l'úter, i la tercera de les formes de fixar el fetus després de la versió externa per tal de transformar de forma definitiva les presentacions defectuoses.

Pinard publicà el seu llibre l'any 1878, i el presentà com el resultat d'un treball de recerca dirigit pel Dr. Tarnier, cap de la Maternitat on Adolphe Pinard era metge intern. La seva lectura ens demostra que Adolphe Pinard era un bon coneixedor de l'anatomia i la fisiologia femenina, a més d'un experimentat clínic amb un bon domini de les tècniques estadístiques. Pinard fou un bon coneixedor dels metges clàssics i les seves teories; en el seu llibre fa esment a Hipòcrates, Aristòtil, Columbus, Arantius, Paré, La Motte, Smellie, Soayrès de Renhac, Baudelocque, Bichat, Dubois, Gauriet, Credé, Kristeller, Scanzoni, Cohnstein, Cazeaux, Schroeder i Simpson.<sup>362</sup>

El tractat obstètric de Pinard revela una diferència substancial amb tots els tractats obstètrics anteriors; el seu llibre constitueix un estudi detallat de les lleis de la física aplicades a l'evolució del fetus a l'interior de l'úter. Per a Pinard era fonamental el coneixement de les lleis que regien la col·locació del fetus a l'interior de l'úter, consegüentment els seus esforços es concentraren a descobrir un mètode fiable i generalitzable per tal de corregir les presentacions fetals defectuoses; d'aquesta forma pretenia millorar la supervivència fetal.

El to emprat per Pinard en la redacció del seu llibre és extremadament tècnic; per a ell la comoditat i el benestar de la dona embarassada quedaven en un segon terme; els bons resultats obstètrics eren prioritaris. Pinard partia de la

---

<sup>362</sup> *Íbid.*, pp. 6-10.

consideració que el fetus era com un ésser viu i captiu a l'interior de l'úter; aquest fet el convertia en un cos passiu que estava sotmès a les lleis físiques. Pinard estudià que la presentació adoptada pel fetus depenia d'una sèrie de factors; en primer lloc, i com a elements fonamentals, la conformació anatòmica de l'úter i de la cavitat pelviana materna; en segon lloc, els factors fetals com el pes o el volum (tanmateix la quantitat de líquid amniòtic, la situació de la placenta o la llargada del cordó umbilical eren aspectes a tenir en compte). Si tots aquests factors actuaven en harmonia el resultat era un fetus acomodat en posició cefàlica que evolucionava de forma correcta en el moment del part, però si algun d'aquests factors s'alterava, llavors la presentació esdevenia defectuosa i el fetus es presentava en el moment del part dempeus o en posició transversa.<sup>363</sup> Pinard reforçà les seves afirmacions amb taules estadístiques elaborades al llarg del seu treball de recerca clínica efectuat partint de vuit-centes presentacions patològiques en un total de cent mil naixements.

Una de les principals contribucions de Pinard a l'obstetrícia fou la descripció de la tècnica adequada per tal de diagnosticar la situació i presentació fetal, mitjançant la palpació abdominal materna al final de la gestació. Fins al segle XIX, com hem esmentat, la palpació abdominal durant l'embaràs no era una pràctica habitual. El jove Adolphe, seguint les indicacions del seu mestre Tarnier, s'esforçà a trobar un mètode que permetés, mitjançant la palpació de l'abdomen matern, determinar de forma segura la presentació i la posició fetal:

«És gràcies als seus consells (del mestre Tarnier), que des de 1873 he passat cada dia llargues hores practicant l'exploració externa en les

---

<sup>363</sup>Pinard descobrí que un fetus col·locat correctament en cefàlica podia evolucionar de forma desfavorable i adoptar una postura deflexionada durant el procés del part presentant-se finalment de cara, degut a una mala acomodació a la cavitat pelviana durant la progressió del treball del part; en aquest sentit rebatí les tesis presentades anteriorment per Madame de La Chapelle, qui l'any 1821, basant-se en la visualització de diferents autòpsies de dones mortes durant el part, afirmà que la presentació de cara era primària i anterior al descens del fetus per la cavitat pelviana.

dones embarassades, finalment m'he pogut convèncer de l'èxit d'aquest estudi. He deduït que el mètode es podia simplificar, i que només en aquest cas, quan el mètode es fonamentés sobre principis racionals i precisos, llavors es divulgaria ràpidament i donaria resultats satisfactoris».<sup>364</sup>

Pinard explica en la segona part del seu llibre la metodologia a seguir per tal de procedir a la palpació abdominal de la dona embarassada de forma ordenada i protocol·litzada. Aconsella efectuar l'exploració amb la dona coberta només amb una camisa i desaconsella fer l'exploració amb els vestits. L'embarassada ha de ser col·locada:

«En decúbit dorsal i horitzontal, el cap lleugerament flexionat, els braços estesos al llarg del cos, els membres inferiors estesos i lleugerament separats, la regió abdominal descoberta des del pubis fins a nivell de la regió epigàstrica».<sup>365</sup>

Adolphe Pinard, tot i reconèixer que la majoria de dones accepten a desgrat aquesta postura perquè els resulta incòmoda, considera que cal sobreposar l'èxit de l'exploració a la comoditat de la dona. Pinard explica de forma clara i sistemàtica el procediment de l'exploració, totes les seves

---

<sup>364</sup> Pinard, A., *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes*; Paris, H. Lauweryns, libraire-éditeur, 1878. p. 104 “C'est d'après ses conseils que depuis 1873 j'ai passé chaque jour de longues heures à pratiquer chez les femmes enceintes l'exploration externe, et que j'ai pu me convaincre combien cette étude est fructueuse. Il m'a semblé, de plus, que la méthode devait et pouvait être simplifiée, et qu'à cette condition seulement, alors qu'elle reposerait sur des principes rationnels et précis, elle se vulgariserait rapidement en donnant les résultats si précieux. »

<sup>365</sup> *Ibid.*, p. 112. “Dècubitus dorsal et horizontal, tête légèrement fléchie, bras étendus le long du corps, membres inférieurs étendus et légèrement écartés, la région abdominale découverte depuis le pubis jusqu'au niveau de la région épigastrique ».

explicacions estan il·lustrades amb gravats excel·lents que faciliten la comprensió de les explicacions.

En la tercera part, Pinard demostra la forma de modificar les presentacions anòmales, per tal de convertir-les en presentacions cefàliques. Enumera les condicions que s'han de donar per poder realitzar la versió externa del fetus: la bossa de les aigües ha d'estar íntegra, les contraccions uterines, si n'hi ha, han de ser febles i la versió estarà contraindicada si hi ha hemorràgia vaginal, convulsions, vòmits, dolors reumàtics, inflamacions de la matriu o despreniment de la placenta.

És en aquesta tercera part on Pinard aporta un novetat obstètrica important, ja que mostra la forma de fixar la presentació cefàlica. Un cop aconseguida la versió fetal és important que aquesta no pugui retornar a la presentació anòmala inicial i que aquesta posició cefàlica es mantingui fins al moment del part; per tal de fixar la posició aconseguida Pinard aconsella la utilització d'un embenat o cinturó abdominal.

## **1.2. El seguiment i control de l'embaràs**

La idea d'un control sanitari regular i rutinari al llarg de l'embaràs fou originària de J. W. Ballantyne i aparegué al voltant de 1913. John William Ballantyne (1861-1923) fou un metge que es llicencià l'any 1883 a la Universitat d'Edimburg, era descendent d'una nissaga d'homes dedicats a l'estudi de la botànica i les seves lleis. John mostrà precoçment la seva fascinació per l'estudi de la teratogènesi (l'estudi de les malformacions presents en els nadons des del moment del naixement). La seva tesi doctoral llegida l'any 1889 duia el títol: *Algunes condicions anatòmiques i patològiques presents en els nounats*

*relacionades amb les condicions obstètriques.*<sup>366</sup> Entre 1902 i 1904 Ballantyne publicà dos estudis sobre les patologies de l'embaràs i el seu tractament; en aquestes obres defensava que: «el primer pas... en el tractament eficaç del fetus abans del naixement ha de ser el tractament de la mare embarassada».<sup>367</sup> Creia fermament que la medicina preventiva no avançaria fins que es coneguessin les lleis que regien la salut prenatal. Suggestí en diverses ocasions que s'havien de crear residències pro maternitat, per tal de facilitar l'estudi científic de la fisiologia de l'embaràs. Fins llavors les dones embarassades només eren ingressades en hospitals per causes socials: mares solteres o dones sense cap tipus de suport econòmic; per a Ballantyne, aquest criteri s'havia de modificar per tal d'incloure la causa mèdica com a principal motiu d'hospitalització; els mals antecedents obstètrics o la presència de complicacions prenatales havien de constituir les causes fonamentals per les quals una embarassada havia de disposar d'un llit en un hospital, on s'estudiaria el cas i es tractaria si era possible. Ballantyne creia que la tecnologia sanitària havia d'evolucionar fins aconseguir que la ciència mèdica fos capaç d'extraure tots els fetus del ventre matern vius i en perfecte estat de salut. Per aconseguir-ho proclamà la necessitat que totes les dones embarassades, encara que no presentessin cap tipus de simptomatologia, acudissin regularment a la consulta mèdica. L'any 1901, els primers llits per al tractament de dones embarassades van ser concedits a la Royal Maternity d'Edimburg, així com al Simpson Memorial Hospital; el promotor en ambdós casos fou el Dr. Freeland Barbour, amic de Ballantyne i estudiós de la pelvis femenina.<sup>368</sup>

---

<sup>366</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 46. "Some Anatomical and Pathological Conditions of the New-Born Infant in Relation to Obstetrics"

<sup>367</sup> O'Down, M.J., Philipp, E.E., *Historia de la ginecología y obstetricia*; Barcelona, Edika Médica, 1995. p. 517. "El primer paso...en el tratamiento exitoso del niño no nacido debe ser el tratamiento exitoso de la madre gestante"

<sup>368</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 49.

A casa nostra també trobem aquesta mateixa preocupació, i n'és l'exemple més clar el metge Miquel A. Fargas (1858-1916),<sup>369</sup> pioner de la cirurgia ginecològica a Espanya. Miquel A. Fargas, a més d'eminent ginecòleg, fou un home amb una intensa activitat política; cofundador de la Lliga Regionalista i assessor sanitari d'Enric Prat de la Riba, a qui convencé per tal d'aconseguir una modernització de la Secció de Maternitat de la *Casa Provincial de Maternitat i Expòsits de Barcelona*, que la *Diputació de Barcelona* havia instal·lat des de 1896 en una vella casa rural de *Manso Caballé* situada a les Corts barcelonines.<sup>370</sup> Amb pocs mesos de diferència, però, moriren Fargas i Prat de la Riba i poca cosa s'arribà a realitzar del gran projecte que molts consideraven una utopia; finalment, s'edificà només un dels pavellons que figurava en el projecte inicial. Aquest edifici s'inaugurà l'any 1924.<sup>371</sup>

El control prenatal de forma sistemàtica i ambulatoria s'inicià al Regne Unit l'any 1915; en el municipi Borough de Woolwich s'establí una clínica municipal prenatal. Sis clíniques experimentals més foren obertes per la *National League for Maternity* i el *Child Welfare*.<sup>372</sup> A Austràlia, T. G. Wilson rebé permís per tal d'obrir una clínica de visites prenatales al *The Adelaide Hospital*, que oferia visites un dia a la setmana. Als Estats Units d'Amèrica, el primer moviment a favor dels controls prenatales va néixer pel treball de *The Instructive Nursing Association*, que a l'inici de segle proposarà l'establiment de visites prenatales a Boston.

---

<sup>369</sup> Alonso, J. C., El floriment de la ginecologia a Catalunya. L'obra de Miquel A. Fargas a Carreras, J. M., *Història de l'obstetrícia i ginecologia catalana*; Barcelona, Uriach, 1998, pp. 77-94.

<sup>370</sup> El projecte de Fargas pretenia l'organització d'un cos facultatiu per mitjà d'oposició lliure, que donaria assistència en l'anomenada *Institució Maternal Catalana*. El seu projecte consistia en la creació d'una supermaternitat destinada a resoldre el problema assistencial obstètric de la classe mitjana i obrera, així com el problema de l'ensenyament de la toco-ginecologia, finalment aconseguí reorganitzar el cos facultatiu i es convocaren les primeres oposicions.

<sup>371</sup> Carceller, C., Fuster, R., i Guilera LL., La casa de maternitat de Barcelona. L'altra Càtedra de Barcelona; a Carrera, J.M., *Història de l'obstetrícia i ginecologia catalana*; pp. 135-136.

<sup>372</sup> O'Down, M., J., i Philipp, E.E., *op. cit.* p. 69.

No obstant això, la proporció de dones embarassades que rebien algun tipus d'atenció prenatal l'any 1915 era extremadament baix. La majoria de les clíniques prenatales eren municipals i el principal problema era contactar amb les dones durant l'embaràs i convèncer-les de la necessitat del control.<sup>373</sup>

### 1.2.1. La consolidació dels models d'atenció prenatal

Després de la Primera Guerra Mundial el control prenatal adquirí un nou caire, si a l'inici de segle l'objectiu era millorar la salut dels nadons, ara s'havia desplaçat cap a la disminució de la mortalitat materna. Els governs varen preocupar-se per les xifres i l'any 1924 la Dra. Janet Campbell publicava, al Regne Unit, un primer informe sobre la salut maternoinfantil per encàrrec del recentment creat Departament de Salut. Aquest informe feia èmfasi en l'alta mortalitat materna, ja que a la fi de la Primera Guerra Mundial, al Regne Unit, moria una mare per cada 264 naixements. La mort de les mares sovint s'acompanyava de la consegüent mort del nadó.<sup>374</sup> El mateix estudi demostrà

---

<sup>373</sup> Al Regne Unit en el sí de la *Royal Society of Medicine* l'any 1915, el Dr. Cates descrivia l'estratègia utilitzada a St. Helens, Lancashire, per tal de captar a les embarassades. Pràcticament el 95% de les futures mares contactaven amb la llevadora abans del part; per tant el Comitè local per a la Salut havia instruït a les llevadores perquè comunicuessin a les autoritats locals les dades de totes les embarassades. El formulari que complimentaven les llevadores incloïa dades referents a les condicions sanitàries dels domicilis i la situació econòmica de les pacients. Un cop rebuts els formularis una infermera era l'encarregada de visitar la dona al seu domicili amb la finalitat de donar informació i consells i acordar una cita pel control prenatal si creia que les circumstàncies de l'embaràs així ho requerien.

<sup>374</sup> L'estudi epidemiològic de la Dra. Campbell posà al descobert que d'una sèrie de tres-cents vuitanta morts maternes, dues-centes cinquanta-sis ho havien estat a causa de la sèpsies puerperals. L'ús de les sulfamides, el descobriment de l'ergometrina, així com la possibilitat de realitzar transfusions de sang van fer millorar lleugerament aquesta xifra. Vid., Oakley, A., *op. cit.*, p. 63.

que la mortalitat materna era més baixa si les dones rebien atencions prenatales. Per tant, l'informe aconsellava la realització de visites prenatales a totes les dones embarassades, encara que també assenyalava que s'havia de millorar la qualitat de la pràctica assistencial, ja que en moltes ocasions els controls prenatales efectuats eren de poca qualitat. Per aquest motiu, el mateix informe recomanava instruir les llevadores per tal que donessin atenció de qualitat durant l'embaràs.

L'any 1932, després d'iniciada la reforma proposada per la Dra. Campbell, la xifra de mortalitat materna s'havia situat, al Regne Unit, a una mort per cada 238 naixements.<sup>375</sup> En aquests moments emergí per part de les autoritats sanitàries un missatge que responsabilitzava les dones embarassades dels mals resultats obstètrics; es pretenia que les mares desenvolupessin un sentit de la responsabilitat que les portés a demandar una supervisió sanitària durant l'embaràs.

A Espanya, les idees higienistes de protecció a la maternitat s'estengueren a partir de la dècada dels anys vint. En el discurs inaugural del *Primer Congreso Nacional de Medicina* l'any 1919, el Dr. José Gómez Ocaña presentà l'eugenèsia i la maternologia com els eixos vertebradors del desenvolupament de la medicina del segle XX. Les conclusions d'aquest congrés incloïen la transformació de les clíniques en instituts de maternologia i puericultura que es dedicarien a la protecció dels nens il·legítims, també es pretenia l'ensenyament de Maternologia i Puericultura a les escoles normals de mestres i en altres centres docents. Aquesta iniciativa culminà l'any 1929 amb la regulació mitjançant el reial decret de l'assegurança de maternitat.

Les publicacions que recollien els principis de la maternologia es generalitzaren, en aquestes es donaven consells de nutrició, higiene i cura sanitària de la mare en les diferents fases de l'embaràs, el part i l'alletament. En aquest context sorgí un fort moviment que defensava l'alletament matern en front de l'alletament mercenari o artificial. L'alletament matern fou vist com una

---

<sup>375</sup> *Ídem*, p. 62.



obligació biològica i moral per a les mares. Algunes revistes d'àmbit femení com *Mujer y Madre*, recollen afirmacions com la següent:<sup>376</sup>

«Tan sols amb l'alletament matern la dona es fa en justícia creditora del dolç títol de mare; diu la dita que la dona que pot i al seu fill no cria, no és mare, sinó tieta. Acomplint aquest sagrat deure de maternitat, s'exaltaran més en la mare els sentiments favorables a la salut del seu fill i es veuran amb escreix recompensades les petites molèsties que aquest compliment comporta, amb les innocents mostres d'agraïment del seu fill, expressades amb les seves carícies i el seu somriure d'àngel».

Aquest pensament s'acompanyà d'una major presència del col·lectiu mèdic masculí en l'atenció a la maternitat. Aparegué una intensa apropiació masculina de l'assistència a la maternitat. La falta de col·lectius mèdics femenins, juntament amb l'hostilitat habitual en front de l'expressió pública de l'opinió de les dones dificultaren la consolidació de moviments feministes que reflexionessin sobre el tema de la maternitat. A Espanya, el nucli de dones llevadores representà un dels primers col·lectius femenins generadors d'un corrent d'opinió en relació amb el tema de la maternitat. Dues revistes, portaveus d'aquest grup professional: *El Eco de la Matrona*, i *La Mujer i la Higiene*, desenvoluparen una acció en defensa de la política d'higiene al voltant de la maternitat. Especialment, la segona de les revistes esmentades, dirigida per Rosa Vinyals, llevadora de la

---

<sup>376</sup> Nash, M., Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939; a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres en Occidente. Siglo XX*; Madrid, Santillana, 1993, pp. 627-645. "Únicamente con la lactancia la mujer se hace en justicia acreedora al dulce título de madre: dice el refrán que la mujer que puede y a su hijo no cría, no es madre, sino tía. Cumpliendo este sagrado deber de maternidad se exaltarán más en la madre los sentimientos a favor de la salud de su hijo y verá con creces recompensadas las pequeñas molestias que tal cumplimento reporta, con las inocentes muestras de agradecimiento de su hijo, expresadas por sus caricias y su sonrisa de ángel."

Beneficència Municipal de Barcelona, desenvolupà una clara defensa feminista de la dona i la seva equiparació en drets amb els homes.

Un dels efectes d'aquests corrents de pensament defensores de la maternologia fou l'increment de l'atenció prenatal. El *British Medical Journal* publicava, l'any 1930, que un 33,89% de les dones rebien cures prenatales i que aquesta xifra havia passat al 38,89% l'any 1932. Al voltant de 1935, aproximadament el 80% de les mares britàniques acudien a les visites prenatales, en clíniques municipals, clíniques privades o a la consulta d'un metge o d'una llevadora. S'aconsellava que les visites s'iniciessin abans de les setze setmanes de gestació,<sup>377</sup> i que les llevadores fessin aquests controls a domicili, si era necessari, per tal de detectar possibles complicacions.

Finalitzada la Segona Guerra Mundial, els indicadors de salut maternoinfantil havien millorat excepcionalment, tot i l'estrès que la guerra havia suposat per a moltes dones europees. En aquesta millora de la salut maternoinfantil hi contribuí el control prenatal, però no de forma exclusiva.<sup>378</sup> Les condicions socioeconòmiques de la majoria de famílies, especialment les de les classes més baixes, havien millorat substancialment; per primera vegada moltes dones es podien permetre una dieta alimentària adequada i sana. Tot i que moltes dones es veien obligades a treballar durament en jornades laborals llargues, la seva salut general havia millorat considerablement, i aquest fet s'evidencià de forma positiva en la seva capacitat reproductora. L'any 1943, al Regne Unit, la mortalitat materna era la meitat que la de 1935.

Un avenç fonamental en obstetrícia fou la possibilitat de prevenir la immunització rhesus mitjançant controls de sang durant l'embaràs. L'any 1939

---

<sup>377</sup> En aquests moments el control prenatal incloïa una exploració física general, consideracions sobre la història obstètrica, mesures de la pelvis i exploració o palpació de l'abdomen matern, incloent la medicació de l'alçada uterina, així com el registre del so del cor fetal. Es realitzaven anàlisis d'orina per tal de detectar albuminúria i es prenia la tensió arterial. L'examen vaginal quedava a criteri del professional.

<sup>378</sup> Per a alguns autors com Oakley, A., *op. cit.*, l'impacte de l'atenció prenatal fou nul per a la millora de la salut materno-infantil i foren els factors socials els únics responsables de la millora.

una dona americana presentà un part prematur del qual va néixer un fetus mort i macerat. La dona necessitava una transfusió de sang, i segons el costum del moment, el seu marit fou avisat per actuar com a donant. Tots dos tenien el grup sanguini 0, malauradament el resultat de la transfusió fou fatal i es produí una reacció hemolítica. Levine i Stetson investigaren el cas i descobriren que el sèrum de la dona contenia un anticòs irregular que era diferent als anticossos naturals coneguts anti-A i anti-B, propis de les transfusions amb grups sanguinis diferents. Aquests anticossos irregulars presents en la sang d'aquesta dona, no només aglutinaven la sang del marit, sinó també la de 83 de 104 mostres de sang d'individus, tots ells amb el grup sanguini 0, seleccionats a l'atzar. Levine i Stetson descobriren que el fetus tenia un antigen heretat del pare i que la mare havia quedat immunitzada pel pas d'aquest antigen a través de la placenta, i en resposta a aquesta immunització havia fabricat els anticossos corresponents.

L'antigen descobert per Levine i Stetson semblava idèntic a l'anticòs antirhesus descobert al laboratori el mateix any tant per ells mateixos com per l'equip de fisiòlegs format per Karl Landstainer i Alexander S. Weiner.<sup>379</sup> Levine i els seus col·laboradors continuaren en l'estudi de la incidència d'anticossos irregulars en mares que acabaven de parir. L'any 1941 anunciaren dues conclusions molt importants: en primer lloc, que la formació d'aglutinines immunes en una dona durant l'embaràs acostumava a comportar el naixement d'un nen mort o greument malalt, ja que presentava anèmia hemolítica i icterícia. En segon lloc, demostraren també que les aglutinines atípiques eren antirhesus.<sup>380</sup>

---

<sup>379</sup> Tots ells efectuaven experimentació amb animals i havien descobert que si injectaven els hematies dels micos rhesus a conills d'Índies, aquests fabricaven anticossos anti-rhesus. Comprovaren que aquest fenomen també tenia lloc amb els humans doncs el 85% dels individus europeus presentaven una reacció d'aglutinació positiva, mentre que el 15% restant no mostraven reacció. Landstainer i Weiner denominaren al 85% de la població rhesus-positiva i a la resta rhesus-negativa.

<sup>380</sup> Vid., O'Down, M. J., Philipp, E. E., *op. cit.*, pp. 73-77. Als voltants de 1946 es comprovà que si 100 nens europeus eren estudiats a l'atzar, entre ells s'hi trobaven 10 nens rhesus-positius que tenien mares

L'any 1963, el professor Cyril A. Clarke de Liverpool, juntament amb D. R. Finn i Vicent Freisa descobriren la gammaglobulina anti-D.<sup>381</sup> Aquesta substància, administrada com injectable, es va demostrar eficaç per protegir aquestes dones del desenvolupament d'anticossos rhesus.<sup>382</sup> La dosi de globulina havia de ser administrada abans de 72 hores del possible pas de sang fetal a la mare, d'aquesta forma s'aconseguí la prevenció de pràcticament la totalitat d'incompatibilitats rhesus mitjançant el control dels anticossos en sang materna, al llarg de l'embaràs, a totes les dones rhesus negatives i gràcies a

---

rhesus-negatives. Però la malaltia hemolítica només en produïa en un de cada 200 embarassos, mentre que si tots els nens rhesus-positius nascuts d'una mare rhesus-negativa estessin afectats la incidència de malaltia es trobaria al voltant de 20 de cada 200 parts. L'any 1957 Kleihauer, juntament amb altres investigadors descobriren una forma de detectar si les cèl·lules del fetus havien passat a l'interior de la corrent circulatòria materna. En aquest cas la mare presenta un risc elevat de desenvolupar anticossos rhesus. Aquests anticossos es comporten de forma similar a la resta d'anticossos de la mare, i poden travessar la barrera placentària i arribar al fetus. Aquests anticossos són fatals pel fetus que desenvolupa una patologia caracteritzada per una hemòlisi o ruptura dels hematies que desemboca en una anèmia fetal i icterícia. Això pot desembocar en un quadre d'afectació neurològica (el kernicterus), així com un edema generalitzat que els converteix en hidròpics. A més aquests anticossos queden presents en la circulació materna i en un següent embaràs travessaran també la placenta.

<sup>381</sup> Aquests autors agafaren globulina anti-D de dones que se sabia que havien estat sensibilitzades per embarassos rhesus-positius anteriors i que en les anàlisis s'havia demostrat que posseïen anticossos anti-D incomplets en la seva sang i els varen injectar a dones rhesus-negatives considerades de risc; per exemple aquelles que havien donat positiu a la presència d'hematies fetals en les hores posteriors d'haver parit un nen rhesus-positiu.

<sup>382</sup> *Íbid.*, Amb el pas dels anys, es va comprovar que les dones que havien tingut avortaments espontanis o provocats també podien desenvolupar anticossos anti-rhesus. Per tant, a partir de la dècada dels anys vuitanta del segle XX, es convertí també en pràctica habitual l'administració d'una dosi de globulina anti-D, a aquelles dones rhesus-negatives que haguessin patit un traumatisme durant l'embaràs (aquest traumatisme podia ser conseqüència d'un accident, o senzillament d'un intent de versionar un fetus intrauterí), o un avortament.

l'administració de la globulina anti-D després d'un part d'un nen rhesus positiu, d'un avortament o de qualsevol intervenció traumàtica.<sup>383</sup>

### **1.2.2. La visualització del fetus. L'ús rutinari dels raigs X en l'atenció prenatal**

Els estudis de Röntgen sobre els avantatges de la utilització de la radiologia en medicina foren àmpliament difosos. Al voltant de 1910, els raigs X eren àmpliament emprats per a l'estudi de malalties digestives, urinàries, òssies... La idea que també podien ésser emprats en obstetrícia no va tardar a aparèixer. Gràcies a la radiologia podia estudiar-se amb detall el desenvolupament esquelètic fetal, aquests estudis començaren en ximpanzés i, molt ràpidament, s'aplicaren a l'espècie humana. A l'inici de l'embaràs la radiologia podia constituir una ajuda per determinar el temps de gestació, algunes anormalitats en el desenvolupament esquelètic, com l'espina bífida, es podien identificar amb certa facilitat. En períodes més avançats de l'embaràs, els raigs X constituïen una bona eina per tal de diagnosticar la presentació fetal, així com la mida del fetus. La pelvis de la mare era mesurada i consegüentment es determinava si el cap del fetus passaria amb facilitat a través de la cavitat de la pelvis. Si semblava que el fetus creixia en excés es provocava el part de forma artificial. D'aquesta forma la inducció artificial del part començà a convertir-se en una rutina mèdica.

---

<sup>383</sup> Vid. O'Down, M. J., Philipp, E. E., *op. cit.*, pp. 73-77. Actualment també s'aconsella l'administració a les 29 setmanes de gestació, de forma profilàctica, d'una dosi de globulina anti-D a totes les dones embarassades que siguin Rh-negatiu.

A la dècada dels anys vint del segle XX, es considerava que els raigs X presentaven avantatges incalculables per accedir a la visualització de l'interior de l'úter, i hi havia la convicció que cada obstetra havia de preparar-se per a la utilització de la radiologia. L'any 1924 Reece escrivia *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, on defensava que els raigs X eren tan necessaris en l'assistència prenatal, com ho eren en l'atenció traumatològica.<sup>384</sup> El nombre d'exàmens prenats amb raigs X al *Queen Charlotte's Maternity Hospital* era d'un 28,5% dels embarassos l'any 1946 i havia augmentat fins al 66,7% l'any 1954.

Durant la dècada dels anys cinquanta del segle XX començaren a aparèixer els primers dubtes sobre la seguretat de l'ús de la radiologia durant l'embaràs. L'any 1956 Alice Steward i els seus col·laboradors publicaven a Oxford una llista dels possibles efectes perjudicials dels raig X durant l'embaràs. De 1.299 morts de càncer abans dels 10 anys, el 13,7% havien estat exposats a raigs X en la seva vida intrauterina. En el grup de nens vius utilitzats com a controls en el mateix estudi, només un 7,2% havien estat sotmesos a supervisió radiològica durant l'embaràs. Com a conseqüència de la publicació de l'estudi d'Steward, es començaren a plantejar dubtes raonables sobre els perills dels raigs X usats al llarg de l'embaràs. Les unitats d'estadística i epidemiologia començaren a relacionar l'ús dels raigs X amb el càncer infantil i especialment amb l'aparició de leucèmia.<sup>385</sup>

---

<sup>384</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 102.

<sup>385</sup> *Ídem.*, p. 105.

### 1.2.3. L'obertura de finestres a l'úter. L'ecografia obstètrica

La dècada dels seixanta fou fonamental, com hem vist, en la lluita contra la malaltia hemolítica, però fou també durant aquesta dècada quan es produí un augment importantíssim de la medicalització i tecnificació de l'atenció prenatal. La innovació tecnològica més important de la dècada fou l'ecografia. Fins llavors la radiologia, no desproveïda de riscos com hem vist, permetia la visualització de la fotografia esquelètica del fetus, però l'ecografia presentà un caràcter revolucionari. Era possible tenir un contacte més directe amb el fetus abans del moment del naixement. Els pares podien visualitzar la imatge ecogràfica en temps real i contemplar-ne els moviments. L'ecografia presentà un extraordinari interès, ja que permetia obrir una finestra a l'interior de l'úter. El metge adquirí un coneixement millor del que succeïa dins l'úter gestant, que fins aquells moments era considerat com una caixa tancada; aquesta informació conferia, sens dubte, un major poder als professionals sanitaris. Amb el temps, l'ecografia es configurà com la base per al desenvolupament d'un arsenal important de noves tecnologies que es desenvoluparen gràcies a la visualització ecogràfica del fetus.

El primer article científic que tractava sobre l'ecografia es publicà l'any 1958 a la prestigiosa revista mèdica *Lancet* i duia per títol «Investigació de les masses abdominals mitjançant els ultrasons pulsatius»,<sup>386</sup> els seus autors eren Ian Donald, que fou professor d'Obstetrícia a la Universitat de Glasgow, J. MacVicar, també ginecòleg al *Glasgow Western Infirmary*, i T. G. Brown, representant de *Kelvin Hughes Ltd.*, una firma local d'enginyeria. Els tres autors presentaven a la comunitat mèdica la utilització de les ones ultrasòniques per estudiar els teixits humans. Aquesta tècnica podia ser utilitzada de dues formes diferents: el mode A (una sola dimensió) i el mode B (escàner en dues dimensions). El mode B permetia obtenir imatges en temps real.

---

<sup>386</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 156. "Investigation of Abdominal Masses by Pulsed Ultrasound"

Els ultrasons s'havien començat a utilitzar durant la Primera Guerra Mundial per localitzar els submarins. La tècnica tingué una ràpida aplicació en obstetrícia, ja que el fetus dins de l'úter matern, submergit a l'interior del líquid amniòtic simulava un submarí.

Ian Donald (1910-1987) fou un home interessat per la tecnologia des de petit; durant la Segona Guerra Mundial prestà servei militar en un esquadró aeri que tenia com a missió la detecció i destrucció dels bucs alemanys, per aquesta finalitat l'exèrcit utilitzava el sonar.<sup>387</sup> Anys més tard obtingué plaça de ginecòleg al *Queen Mothers Hospital* de Glasgow. La seva estada en aquesta ciutat li permeté aproximar-se a l'important sector d'enginyeria metal·lúrgica de la ciutat. Fou com a conseqüència d'haver practicat una histerectomia a l'esposa d'un enginyer de Glasgow que Ian Donald establí contacte amb el món de l'enginyeria i conjuntament desenvoluparen l'ús mèdic de la tècnica ultrasònica aplicada fins llavors només a la construcció naval.

La primera utilització pràctica de les ones ecogràfiques en medicina la realitzà Donald en el camp de la ginecologia. La nova tecnologia es mostrà especialment útil per a la localització de tumoracions abdominals, especialment quan aquestes estaven a l'interior de l'abdomen de dones grasses, en les quals el diagnòstic per palpació abdominal era pràcticament impossible. La seva aplicació al camp de l'obstetrícia es va fer esperar un temps, ja que hi havia una separació geogràfica entre el Departament de Ginecologia del *Western Infirmary* i el Departament d'Obstetrícia del *Royal Maternity Hospital* a Rottenrow. El primer aparell s'instal·là al *Infirmary* i no se n'obtingué un altre per al Departament d'Obstetrícia fins a l'any 1957.<sup>388</sup> Els ultrasons s'utilitzaren inicialment per avaluar el creixement fetal: la mesura del diàmetre biparietal permetia predir si el cap fetal travessaria, sense dificultats, l'excavació pelviana materna. L'any 1963 el mateix Ian Donald publicà un article sobre les aplicacions

---

<sup>387</sup> O'Down, M., J., Philipp, E., E., *op. cit.*, p. 522.

<sup>388</sup> *Ídem*, pp. 158-159.



de l'ecografia en l'embaràs precoç (MacVicar i Donald, 1963).<sup>389</sup> L'any 1964 el grup de Donald publicà l'estudi de les mesures cefàliques dels fetus que va permetre l'elaboració de les corbes normals de creixement fetal.<sup>390</sup> L'any 1967 els estudis ecogràfics de l'equip de Donald aconseguiren determinar la localització placentària, fet que permetia el diagnòstic i pronòstic del part en els casos de placenta prèvia o marginal.<sup>391</sup>

L'any 1966 els aparells ultrasònics localitzats a Glasgow examinaven unes deu pacients obstètriques al dia. L'any 1970, el 95% de les indicacions per realitzar una ecografia eren de tipus obstètric. Les indicacions per tal de sol·licitar una ecografia durant l'embaràs superaven la vintena. En aquest moment s'iniciaren entre la comunitat científica algunes objeccions a la utilització de les ones ultrasòniques. Aquestes es podien agrupar en tres apartats: a) l'ús de les ones ultrasòniques podia resultar perillós, b) l'aparell resultava excessivament car c) els exàmens clínics vigents podien aportar informació d'una qualitat superior. Donald respongué a aquestes objeccions mitjançant un nou article (Donald, 1969), en el qual comparava els seus esforços amb els de

---

<sup>389</sup> En aquest article s'havien examinat amb ultrasons 135 dones embarassades de menys de 20 setmanes, i s'havia aconseguit realitzar el diagnòstic precoç de l'embaràs, gracies a la visualització de l'embrió, entre les vuit i nou setmanes d'amenorrea

<sup>390</sup> D'aquesta forma l'obstetra podia comparar les mesures del fetus que estigués examinat amb les corbes de normalitat i diagnosticar els casos en que es presentava un retràs del creixement intrauterí.

<sup>391</sup> Parlem de placenta prèvia quan aquesta es troba inserida de forma total o parcial en el segment inferior uterí, de forma que pot ocluir l'orifici cervical. A la clínica aquest fet sol acompanyar-se d'hemorragia genital durant l'embaràs. Durant el part aquesta hemorràgia es convertirà ràpidament en greu en els casos en que la placenta oclueix totalment l'orifici cervical; l'oxigenació del fetus es veurà compromesa en les hemorragies greus. Actualment el tractament de la placenta prèvia consisteix en la pràctica d'una intervenció cesària per a l'extracció del fetus; només en casos molt concrets d'inserció marginal o lateral es pot permetre l'evolució d'un part vaginal. Vid: Ausín, J., Escudero, M., del Sol, J.R., Placenta prèvia; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*;<sup>5</sup> Barcelona, Masson, 2006, pp. 529-548.

Semmelweiss per tal de reduir la incidència de les febres puerperals o amb els de Simpson per tal de disminuir el dolor en el part.

A l'inici de la dècada dels setanta l'ús de l'ecografia deixà de circumscriure's a Glasgow i s'incorporà en els textos obstètrics com a prova de rutina a incloure en el control prenatal, especialment en aquells casos complicats. El llibre de text d'obstetrícia de Browne: *Antenatal and Postnatal Care*, en l'edició de 1970, es referia a l'ecografia obstètrica de la forma següent:

«L'aparell és costós i no està encara a l'abast de moltes clíniques, però indubtablement aporta un gran valor, especialment en els casos difícils».<sup>392</sup>

L'any 1978 la utilització de l'ecografia durant l'embaràs era ja inqüestionable, la qualitat i quantitat d'informació que facilitava excedia amb escreix qualsevol altre mètode d'exploració o diagnòstic emprat durant la gestació. Campbell i Little afirmaren l'any 1980 que el desenvolupament de l'ecografia en temps real durant l'embaràs havia transformat el control prenatal. Els ultrasons eren ja utilitzats profusament en els embarassos complicats, i tanmateix es plantejava el seu ús com a part de les cures prenatales rutinàries.

L'èxit de l'ecografia ha seguit augmentant amb el pas dels anys. Actualment s'utilitza l'ecografia en el seguiment de tots els embarassos, en la majoria de països europeus.

---

<sup>392</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 165. “ The apparatus is costly and not yet available in many clinics, but it undoubtedly has great value, especially in difficult cases”

#### 1.2.4. Els gens i les seves lleis. El diagnòstic prenatal de cromosomopaties

A partir de la dècada dels anys setanta del segle XX s'introduí una nova pràctica en l'assistència prenatal: la detecció de fetus portadors de cromosomopaties o altres defectes genètics.

L'any 1865 Mendel descrigué les lleis fonamentals de l'herència, a partir del treball realitzat en els pèsols de l'hort del seu monestir, no fou però fins al 1953 que Watson i Crick descobriren que els gens es componen d'àcid desoxiribonucleic (ADN), i que s'estructuren en forma de doble hèlix. Gràcies a aquests descobriments, l'any 1956 Tijo i Levan iniciaren estudis de citogenètica, després de demostrar que les cèl·lules somàtiques humanes tenen 46 cromosomes, dels quals 22 parells són autosomes i 1 parell cromosomes sexuals.<sup>393</sup> El mateix any, Fuch aconseguí esbrinar el sexe fetal, gràcies a l'estudi de la cromatina sexual de les cèl·lules fetals que estaven en suspensió en el líquid amniòtic.<sup>394</sup> L'any 1963, el mateix Fuch presentà els primers cariotips fetals obtinguts amb el cultiu de les cèl·lules aconseguïdes en les amniocentesis. L'any 1967, Jacobson aconseguí el primer diagnòstic prenatal d'una anomalia cromosòmica, i l'any 1972 ja es podien diagnosticar més de quaranta defectes metabòlics. A partir d'aquest moment, els descobriments se succeïren amb una

---

<sup>393</sup> El nombre de cromosomes d'una espècie es manté constant (dotació diploide), al llarg de les generacions; i per tal que això es pugui mantenir d'aquesta forma cal, en els organismes amb reproducció sexual, que es produeixi un procés de meiosi en les cèl·lules sexuals, per tal de reduir el nombre de cromosomes a la meitat (dotació haploide).

<sup>394</sup> L'amniocentesi consisteix en l'extracció de líquid amniòtic mitjançant una punció uterina realitzada per via transabdominal. La pràctica de l'amniocentesi, per a l'extracció i estudi del líquid amniòtic fou publicada ja l'any 1930 per Menees i els seus col·laboradors. L'any 1952 Bevis realitzà una amniocentesi, per estudiar el grau de sensibilització Rh d'un fetus. Vid., Carreras, J.M. i cols., *Diagnòstic prenatal*; Barcelona, Salvat, 1997 o Van Geijn, H. P., Copray, F.J.A., *Procedimientos de control fetal*; Barcelona, Masson, 1997, així com Cabero, Ll., *Avances en Diagnòstic Prenatal*; Barcelona, ed., mayo, 1999.

gran rapidesa, i la citogenètica donà pas a la genòmica i aquesta a la proteòmica.

El dia 16 de febrer de 2001 la revista *Science* publicà que s'havia aconseguit desxifrar la seqüenciació completa del genoma humà i una empresa privada (Celera) s'avançà lleugerament en la consecució d'aquest objectiu, al projecte públic de caràcter mundial HUGO, que s'havia marcat com a fita per aconseguir-ho l'any 2005.<sup>395</sup>

La física, la química, la robòtica i la bioinformàtica han contribuït considerablement al desenvolupament de la genètica. Tots aquests avenços foren els responsables que a partir de la dècada dels setanta del segle XX es podés oferir consell genètic, especialment destinat a aquelles parelles amb fills que havien nascut morts, o bé que havien mort poc després de néixer o que presentaven defectes congènits. Els defectes congènits<sup>396</sup> són patologies greus, que no es poden curar i que només una petita part d'aquests defectes tenen possibilitats de rebre algun tipus de tractament. Molts d'aquests desordres no tenen una etiologia coneguda, però, a grans trets, poden presentar-se dos grans grups de causes: les d'origen genètic i les d'origen ambiental o multifactorial.

Actualment, en el nostre àmbit, durant l'embaràs s'ofereix de forma sistemàtica a totes les embarassades la possibilitat de sotmetre's a diferents proves i exploracions: serologies, càlcul de l'índex de risc per a alguns desordres cromosòmics i per a defectes de tancament del tub neural, així com ecografies per tal de detectar i diagnosticar en una etapa precoç de la gestació la presència de certes anomalies en l'embrió o en el fetus. Tanmateix, el desenvolupament

---

<sup>395</sup> Vid. Sabrià-Rius, J., Bach, C., Sabrià-Bach, J., Cromosomopatías. Formas más frecuentes; a Cabero L., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo I*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2003, pp. 995-1003.

<sup>396</sup> Segons l'Organització Mundial de la Salut, un defecte congènit és "tota anomalia del desenvolupament morfològic, estructural o molecular, present en el moment de néixer (encara que es pugui manifestar més tard), externa o interna, hereditària o esporàdica, única o múltiple". Vid. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya., *op. cit.*, p. 154.

tecnològic actual no pot garantir el diagnòstic de la totalitat d'anomalies que es poden presentar. La trisomia 21 ha estat l'objecte prioritari de detecció, encara que no l'únic. Aquestes proves no són diagnòstiques, sinó de detecció de casos de risc; quan es detecta un cas amb un alt índex de risc, llavors s'ofereix a la dona embarassada la possibilitat de sotmetre's a unes altres proves més invasives (una biòpsia de còrion, una amniocentesi o, extraordinàriament, una funiculocentesi), per tal d'obtenir cèl·lules fetals i confirmar o descartar el diagnòstic.

### 1.3. La medicalització del part

La medicalització de l'assistència sanitària al naixement al llarg del segle XX no es limità a l'atenció a l'embaràs; l'assistència al part fou especialment afectada per un fort intervencionisme tecnològic. El procés del part s'observà sota el punt de vista d'un fenomen estrictament mecànic.

L'úter es convertí, en l'imaginari mèdic, en el continent del fetus; l'assistència al part esdevingué una qüestió de física i enginyeria, això provocà que el factor humà quedés relegat a un segon terme. L'any 1930 A. Rongy escrivia:<sup>397</sup>

«...cada cas de part és un problema d'enginyeria. L'obstetra, com l'enginyer, ha d'orientar-se de forma total d'acord amb uns principis que fan que un problema mecànic sigui segur o insegur, possible o impossible».

---

<sup>397</sup> O'Down, M., J., Philipp, E., E., *op. cit.*, p. 429 “...cada caso de parto es un problema de ingeniería. El obstetra, al igual que el ingeniero, debe orientarse de forma total de acuerdo con los principios que hacen que un problema mecánico sea seguro o inseguro, posible o imposible”.

Aquesta nova conceptualització de l'úter gestant s'acompanyà d'una tendència gradual cap a l'assistència hospitalària del procés del part, en la majoria de països desenvolupats. Tanmateix, no tots els països han evolucionat de la mateixa forma. Als Països Baixos, per exemple, s'ha mantingut l'assistència domiciliària al part, en un 30% dels naixements, que són atesos sota la direcció de la llevadora.

### **1.3.1. El part: un procés mecànic**

L'úter i les seves contraccions foren activament investigades en la primera meitat de segle XX. Ja a la fi del segle XIX, l'any 1861, Kristeller havia publicat a Alemanya un tractat sobre les característiques de l'activitat uterina. Foren abundants els estudis encaminats a perfeccionar diferents mètodes per estudiar la tocodinamometria (medició de l'activitat del múscul uterí), es poden citar sobre aquest tema els mètodes desenvolupats per Schatz l'any 1872, Poulet l'any 1880, Podleschka l'any 1932 o Álvarez i Caldeyro-Barcia l'any 1950, entre d'altres. Un cop coneguda l'activitat espontània de la contracció uterina l'interès recaigué en el descobriment de diferents fàrmacs que fossin capaços d'actuar modificant aquesta activitat. Els ergòtics, substàncies derivades d'un fong que creix en els grans de sègol, eren coneguts des d'antic per les llevadores, i eren emprats de forma habitual. Stearns, als Estats Units, aconseguí aïllar la substància activa a la fi del segle XIX, i es començà a utilitzar per provocar el part prematurament en aquelles dones que es considerava que tenien una pelvis insuficient per al pas del fetus. L'ús generalitzat del fàrmac provocà nombrosos casos de morts fetals i la droga deixà d'ésser utilitzada en la inducció del part, tot i que se seguí emprant per tal d'accelerar el part plenament establert.

L'interès per trobar formes més segures de provocar el part continuà i al llarg del segle XX es posaren en funcionament nombroses estratègies per a la inducció del part. Un dels mètodes favorits fou la utilització de la laminària.<sup>398</sup> Tot i que també es registraren morts maternes i fetals per la utilització d'aquest mètode, aquest i altres sistemes mecànics continuaren sent utilitzats profusament fins a la dècada dels anys cinquanta. Però el descobriment més important, en la inducció del part, fou el *Pitocin*. Aquest fàrmac s'extreia de la glàndula pituïtària posterior i fou descobert l'any 1906 per Dale. Blair Bell l'utilitzà en dones embarassades l'any 1909 i l'any següent va propugnar-ne l'ús en casos d'inèrcia uterina. L'any 1952 Theobald de Bradford anuncià la inducció del part amb aquest fàrmac aplicat per via endovenosa, però la seva utilització provocà algunes morts maternes i el seu ús s'abandonà temporalment; dos anys més tard, Vincent du Vigneaud comprovà que els extractes de pituïtària contenien tant vasopressina com oxitocina,<sup>399</sup> i aconseguí aïllar l'oxitocina purificada. A partir d'aleshores es fabricà l'oxitocina sintètica o *Syntocinon*. El seu ús fou publicat per Boissonnals i els seus col·laboradors l'any 1955. Més tard, Turnbull i Anderson patentaren el seu mètode d'utilitzar la infusió d'oxitocina mitjançant una bomba elèctrica que permetia la seva quantificació exacta. L'any 1964 Bishop descrigué una tècnica que permetia valorar la maduresa del cèrvix uterí, i comprovà que si s'induïa el part quan el cèrvix era madur, hi havia majors probabilitats d'èxit. L'any 1968, Karim i els seus col·laboradors introduïren un nou fàrmac capaç d'accelerar la maduració del cèrvix uterí: les *prostaglandines*.

---

<sup>398</sup> La laminària és una alga del gènere *Laminaria* de la divisió dels feòcits, constituïda per grans làmines brunenques fixades per un estípit, present sobretot a les costes atlàntiques. Definició segons: Institut d'Estudis Catalans, *Diccionari de la llengua catalana*; Barcelona, Edicions 62, Enciclopèdia Catalana, 2007, p. 1002.

<sup>399</sup> L'oxitocina és una hormona que es segrega de forma espontània durant el part, però si es complementa de forma farmacològica, llavors s'incrementa considerablement l'acció contràctil de la musculatura uterina. Les contraccions són més intenses i freqüents, accelerant-se la progressió del part. La duració del part s'escurça, però el dolor s'intensifica.

Als anys vuitanta es desenvoluparen dos mètodes per a la inducció del part. El primer consistia a trencar les membranes àmniques i afegir una infusió d'oxitocina. El segon mètode consistia en la maduració del cèrvix amb prostaglandines seguida del trencament de les membranes àmniques quatre o cinc hores més tard, s'hi afegia també oxitocina, si es comprovava que la intensitat de les contraccions aconseguides no era l'adequada.

El desenvolupament de totes aquestes tècniques comportà que la inducció del part es convertís en una pràctica habitual en la majoria de centres hospitalaris. Podem citar a títol d'exemple el cas del Regne Unit, on als anys cinquanta un 13% dels parts eren induïts, mentre que aquesta xifra augmentà fins al 26% l'any 1970 i es convertí en un 40% al voltant de 1975.

Un nou centre d'interès de la recerca mèdica fou la duració dels parts; s'observà un augment de la mortalitat perinatal quan la duració del part era inferior a tres hores o superior a quaranta-vuit. Per tal d'ajustar-se a aquests paràmetres, la utilització d'oxitòcics i el trencament artificial de les membranes àmniques es convertí en una pràctica rutinària en la majoria de parts.

La direcció activa del part es convertí en mostra de bona pràctica obstètrica durant la dècada dels vuitanta del segle XX. La utilització del fòrceps es generalitzà. Com que la dona no sentia dolor perquè estava sota els efectes de l'anestèsia, la finalització del part amb la utilització del fòrceps permetia accelerar el període expulsiu.

### **1.3.2. L'anestèsia i analgèsia obstètriques**

L'ús sistemàtic de fàrmacs per iniciar o accelerar el curs del part el convertien en més dolorós; les contraccions uterines induïdes per l'acció farmacològica són més intenses i doloroses per a la mare; per tant, l'acció de



l'analgèsia i de l'anestèsia es convertiren en una ajuda imprescindible durant el transcurs del part.

L'ús de l'anestèsia obstètrica, que com hem mencionat s'havia començat a popularitzar l'any 1853 quan la reina Victòria acceptà l'analgèsia amb cloroform en el naixement del seu cinquè fill, es va anar convertint en una pràctica habitual. Fins a la dècada dels anys seixanta del segle XX, la utilització de l'anestèsia durant el part comportava importants riscos; la regurgitació dels continguts gàstrics, juntament amb la utilització d'agents volàtils no adequats produïren moltes morts maternes, però a partir d'aquesta data, les tècniques anestèsiques i analgèsiques milloraren sensiblement i, per tant, la seva utilització es generalitzà i s'assumí un risc acceptable.

A la dècada dels anys seixanta es popularitzà la utilització del pentotal, que s'aplicava durant el període expulsiu. No es podia aplicar abans, ja que el seu pas a la circulació fetal produïa una depressió del sistema nerviós del fetus que li impediria una correcta adequació a l'ambient extern. Tot i la popularitat que presentà, el fet que la mare estigués inconscient feia que no podés participar del naixement del seu fill; els espoderaments maternos s'havien de substituir per la tocúrgia (utilització de fórceps, espàtules o vacuoextractor). D'aquesta forma la medicalització del part era completa: s'iniciava de forma artificial, se n'accelerava farmacològicament la progressió i, finalment, el fetus s'extreia per mitjans mecànics.

L'aparició de nous fàrmacs anestèsics amb acció local, que presentaven una acció potent, duradora i poc tòxica; així com el desenvolupament de material mèdic sofisticat com agulles, catèters, bombes d'infusió, etc., afavoriren la difusió d'una nova forma d'anestèsia: la peridural. Aquesta tècnica disminueix, o fins i tot suprimeix, el dolor matern, però permet el manteniment de la consciència. La seva acció només afecta la part inferior del cos. Els efectes de l'epidural sobre la

duració del part, així com sobre la necessitat d'emprar instrumentació tocúrgica per a la seva finalització han estat temes profusament estudiats.<sup>400</sup>

L'anestèsia peridural produeix hipotensió materna, i per tal d'evitar-la és necessari l'administració d'una perfusió intravenosa salina. En el període de l'expulsiu, la peridural provoca una relaxació de la musculatura del sòl de la pelvis que entorpeix la flexió i rotació adequada del cap del fetus. A més, disminueix i fins i tot suprimeix les ganes d'empènyer, la qual cosa dificulta la contribució activa de la mare a l'expulsió del fetus. La mare és animada a empènyer pel personal sanitari, però l'eficàcia dels espoderaments és menor a causa de la relaxació muscular i a la manca del reflex espontani. Així, si a l'inici de segle només s'utilitzava el fòrceps en casos excepcionals, aquesta xifra s'incrementà fins al 5% a la dècada dels anys cinquanta i s'arribà al 16% l'any 1990. La ventosa obstètrica o el vacuoextractor fou introduïda a la dècada dels anys cinquanta per intentar substituir el fòrceps quan es pretenia escurçar el període expulsiu, encara que el seu ús es popularitzà de forma més intensa en els països de predomini francòfon que en els anglosaxons. Aquesta instrumentació del període expulsiu s'acompanyà de la pràctica habitual de l'episiotomia.<sup>401</sup>

Actualment la peridural és profusament utilitzada. A Catalunya, el Protocol d'assistència al part afirma que la utilització de l'analgèsia durant el part és molt més que una indicació de tipus mèdic, ja que representa un índex de qualitat molt important en la prestació assistencial a la dona embarassada i reconeix que

---

<sup>400</sup> La utilització de la epidural i la necessitat de finalitzar el part per cesària fou estudiada, entre altres, per Beilin, Y., Friedman, Jr F., Andrés, LA., Hossain, S., Bodian, CA., a The effect of the obstetrician group and epidural analgesia on the risk for cesarean delivery in nulliparous women; a *Acta Anesthesiol. Scan.*, 44(2000), p.959-64.

<sup>401</sup> L'episiotomia consisteix en una incisió quirúrgica que te per finalitat l'ampliació de l'obertura vulvar, per tal de facilitar la sortida del fetus, aquesta intervenció permet un escurçament del període expulsiu del part i es converteix en imprescindible quan es produeix una aplicació de fòrceps en el període expulsiu del part.

de totes les opcions analgèsiques que hi ha, les més adients són les tècniques espinals.<sup>402</sup> En aquests moments es tendeix a una mescla farmacològica en la qual es prima la utilització de fàrmacs opiacis per damunt dels anestèsics, i així s'obté una acció analgèsica on la mare percep el dolor de manera atenuada, però a canvi conserva part de la sensibilitat motora que li permet una col·laboració més efectiva en els espoderaments.<sup>403</sup>

La millora de les tècniques anestèsiques i de la seguretat de la cirurgia féu augmentar considerablement el nombre de cesàries. El part per cesària que es realitzava en menys del 2% dels casos a l'inici del segle XX, passà al 12% a la dècada dels anys noranta; actualment, en alguns centres s'arriben a xifres superiors al 25%, especialment entre dones de classe social alta.

### **1.3.3. El control del benestar fetal**

Aquesta medicalització del procés del part es féu extensiva al control del fetus i del seu estat a l'interior de l'úter. L'interès per conèixer l'estat del fetus en la seva vida intrauterina es féu cada cop més palès. El fetus començà a adquirir protagonisme i es desenvolupà una nova especialitat: la *medicina fetal*, en la qual el fetus esdevé el subjecte de les atencions mèdiques.

L'increment del coneixement sobre l'estat del fetus a l'interior de l'úter s'ha associat a la detecció d'aquells fetus en situació de risc, els quals poden ser extrets de l'ambient matern, aparentment hostil. Anteriorment, quan un fetus en

---

<sup>402</sup> Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya., *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*; Barcelona, Direcció General de Salut Pública, 2003.

<sup>403</sup> Per a un millor coneixement de l'evolució de les tècniques analgèsiques i anestèsiques aplicades en el moment del part es pot consultar: López, F., *Analgesia y anestesia obstétrica*; a Cabero, L., 2003, *op. cit.*, pp. 447-455.

risc no podia ser diagnosticat, el part es convertia en una prova del seu benestar. Durant la contracció uterina, el flux sanguini que irriga la placenta disminueix i aquest fet pot comprometre el benestar del fetus que no presenta una bona reserva d'oxigen. Alguns nens naixien morts, mentre que d'altres presentaven seqüeles a llarg termini, tot i els esforços per reanimar-los en el moment del naixement, i en canvi d'altres, en les mateixes circumstàncies, sobreviuen sense seqüeles aparents.

Els primers intents per tal de preservar i protegir el fetus anaren encaminats a reduir la incidència dels parts difícils. Se sabia que el fetus que es presentava en una situació anòmla o aquells excessivament grossos per a la pelvis materna, era probable que naixessin en males condicions. Per tal d'evitar-ho es recorria a la versió fetal o a la inducció del part abans que el fetus fos massa gros.

La possibilitat d'auscultar el batec cardíac fetal es coneixia des del segle XIX,<sup>404</sup> però el terme *patiment fetal* fou descrit per Hastings Tweedie i el seu ajudant G. T. Wrench l'any 1908. Foren ells els primers d'afirmar que la

---

<sup>404</sup> Es creu que fou Philippe Le Goust, metge de la ciutat francesa de Niort, el primer en descobrir el batec cardíac del fetus. L'any 1818 François Mayor, metge forense de la ciutat de Ginebra, redescobria la tècnica de l'auscultació del batec fetal, mentre intentava escoltar el moviments fetals al interior de l'úter. Aquest fet el feu saltar a la fama i al novembre de 1818 publicava la seva descoberta en una revista mèdica suïssa. L'any 1819, René Laennec inventà l'estetoscopi, que s'aplicava sobre l'abdomen de la dona gestant, per tal de captar el so del interior de l'úter. L'estetoscopi permetia l'auscultació mediata del fetus. Fins llavors l'auscultació es feia aplicant directament l'orella sobre l'abdomen. L'estetoscopi que s'utilitza encara a la actualitat fou inventat per Adolfe Pinard, qui fou també conegut, com hem esmentat, pels seus treballs pioners en la palpació de l'abdomen matern i la versió externa del fetus. A la dècada de 1840, dos obstetres francesos anomenats Cazeaux i Tarnier observaren alteracions del batec cardíac fetal, que ells anomenaren com un "estat de patiment". Von Minckel considerà l'any 1893 que hi havia compromís de l'estat fetal quan la freqüència cardíaca del fetus es trobava per sobre dels 160 batecs per minut o per sota dels 100. Per a un millor coneixement de la història de l'auscultació cardíaca del fetus. Vid., O'Down, M. J., i Philipp, E. E., *op. cit.*, pp. 83-85.

normalitat en la freqüència cardíaca fetal estava entre els 120 i els 160 batecs per minut.

El pas de meconi al líquid amniòtic fou observat també com a signe advers per al benestar del fetus. Reed afirmava l'any 1918 que el pas de meconi al líquid amniòtic era conseqüència de la hipòxia fetal que ocasionava una relaxació de l'esfínter anal. Walker, l'any 1959, demostrava que el pas de meconi fetal es produïa quan hi havia un dèficit d'oxigen, i Desmond i els seus col·laboradors afirmaven, l'any 1957, que el líquid amniòtic tenyit de meconi era més freqüent en fetus madurs o quan hi havia una manca d'oxigen a l'interior de l'úter.<sup>405</sup>

Un pas fonamental en el control de la freqüència cardíaca fetal fou la monitorització electrònica. Fins llavors l'auscultació es feia de forma intermitent al final de l'embaràs i, especialment, en el període de dilatació, durant el part, després de la contracció uterina, moment en què l'arribada d'oxigen al fetus a través de la placenta troba el seu punt més baix. La monitorització electrònica permet una observació contínua i, consegüentment, un control exhaustiu de l'estat del fetus al llarg del procés del part.<sup>406</sup> L'ús continuat de la monitorització permeté establí una definició de les anormalitats en el traçat electrocardiogràfic; així s'establí l'associació de les desacceleracions de la freqüència cardíaca amb

---

<sup>405</sup> *Ídem.*

<sup>406</sup> *Ídem.* Els primers estudis sobre l'electrocardiografia en l'adult es publicaven l'any 1903. Von Vinca utilitzà la mateixa tecnologia per a obtenir un electrocardiograma fetal l'any 1906. D'aquesta forma s'inicià una revolució en la valoració del fetus al interior de l'úter. L'any 1930 Amelava i Toyoshima utilitzaren un amplificador de la senyal, però en aquells moments la senyal del cor del fetus i la senyal del de la mare encara presentaven interferències mútues. Durant la II Guerra Mundial es produí un ressorgiment de la tecnologia electrònica, però no fou fins 1953, quan CN. Smyth descobrí la possibilitat d'aplicar un elèctrode directament sobre el fetus, la senyal aconseguida tenia una potència cinc vegades superior a la que s'obtenia a través de les parets abdominals de la mare. Finalment durant la dècada dels seixanta s'aconseguí que l'avanç de l'electrònica permetés diferenciar clarament la senyal del fetus de la de la mare. La radiotelemetria que es fonamentava en un únic canal del complex del Electrocardiograma fetal fou un fet remarcable aconseguït per Hess l'any 1962.

el compromís fetal, i també s'establí el mal pronòstic de la taquicàrdia basal o de la manca de variabilitat en la freqüència cardíaca.

Es féu evident que l'observació de l'activitat cardíaca fetal oferia millor control del fetus, que l'auscultació intermitent, i també va quedar palesa la necessitat d'obtenir un registre continu de l'activitat cardíaca fetal. La forma més popular d'obtenir-ho fou la introduïda per Hon (1959) i Caldeyro-Barcia (1961), ja que la freqüència cardíaca fetal es registrava sobre una tira de paper, en la qual al mateix temps s'hi registrava l'activitat uterina materna. L'any 1968, el mateix Hon va descriure tres tipus de desacceleració de la freqüència cardíaca fetal i les classificà com: precoces, tardanes o variables. Caldeyro-Barcia aconseguí una classificació similar i les anomenà DIP I o DIP II. La presència de desacceleracions tardanes, o el seu equivalent, el DIP II, s'associava amb més freqüència a resultats adversos en el benestar fetal al naixement.

Hammacher, l'any 1966, popularitzà l'ús de la monitorització fetal de forma sistemàtica. Hewlett-Packard comercialitzà el primer aparell destinat a la monitorització fetal, el mateix any 1966. Fou el mateix Hammacher qui demostrà la relació entre la disminució en la variabilitat del batec cardíac fetal i la hipòxia crònica intrauterina. Més endavant investigà la variabilitat batec a batec i identificà quatre patrons bàsics de la freqüència cardíaca fetal que classificà com saltatori, ondulatori, lleugerament ondulatori i silent.

Aquest control continu de l'activitat cardíaca fetal obligava a ingressar i immobilitzar la mare al llarg del procés de dilatació. Tot i el posterior desenvolupament de sistemes de monitorització més moderns i sensibles, que permeten millorar la mobilitat materna; actualment, la monitorització fetal segueix suposant una font d'incomoditat per a la mare, que ha de romandre llargs períodes de temps immobilitzada al llit, al llarg del procés del part.

## 2. L'estat actual de l'assistència sanitària al naixement

Com hem explicat amb detall en el capítol anterior, la revolució biomèdica, produïda al llarg del segle XX, transformà els models d'assistència sanitària en els països desenvolupats. L'assistència a l'embaràs i al part ha tingut un procés de profunda transformació, en el qual la medicalització s'ha deixat sentir de forma molt intensa. Amb el pas del temps han aparegut algunes veus crítiques que qüestionen la necessitat de medicalitzar un procés fisiològic, aquestes mateixes veus denuncien un procés de deshumanització de l'assistència sanitària al naixement que ha acompanyat aquesta tecnificació i medicalització.

Durant les últimes dècades del segle XX sorgiren, en alguns països d'Europa i a l'Amèrica del Nord, moviments de dones i professionals en defensa d'una assistència al part menys intervencionista. Al Regne Unit, l'any 1993, es publicà l'informe *Changing Childbirth*, que propicià un retorn a una assistència menys intervencionista en la qual la dona adquireix protagonisme en la presa de decisions. A Espanya sempre hi ha hagut llevadores (i també alguns obstetres) que han atès parts domiciliaris; l'associació *Nacer en Casa* ha desenvolupat aquesta funció, però la seva activitat, encara que intensa, ha estat gairebé testimonial quantitativament parlant. En els últims anys, han aparegut

associacions de dones com *El parto es nuestro*,<sup>407</sup> que demanda dels professionals sanitaris un model assistencial menys intervencionista.<sup>408</sup>

## 2.1. Tecnificació i deshumanització en l'assistència a l'embaràs i part

Tot i no ser termes contraris, tecnificació i humanització apareixen, en l'assistència sanitària al naixement, com els dos extrems d'un contínuum. Per aquest motiu, arribats a aquest punt, convé fer un repàs al significat de cada un d'aquests termes:

El terme *medicalització* començà a ser emprat a llarg de la dècada dels setanta del segle XX, quan el sociòleg americà Irving Zola l'utilitzà per tal de cridar l'atenció sobre el fet que termes com *salut* o *malaltia* s'empraven cada cop més per referir-se a fenòmens de la vida quotidiana.<sup>409</sup> La medicalització es convertí en un procés en el qual certs fenòmens, que anteriorment formaven part d'altres camps com l'educació, la llei o la religió, es definiren de nou i es conceptualitzaren com a fenòmens mèdics. D'aquesta manera, la medicina moderna esdevingué una institució de control social.<sup>410</sup>

---

<sup>407</sup> Per a un millor coneixement de les reivindicacions d'aquesta associació es pot consultar: <http://www.elpartoesnuestro.es/>

<sup>408</sup> Per a un coneixement més ampli d'aquesta evolució es pot consultar: Federación de Asociaciones de Matronas de España, *Iniciativa parto normal*; Barcelona, Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2007, pp. 6-9.

<sup>409</sup> Zola, I.K., *De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*; Meppel, Boom, 1973.

<sup>410</sup> Veure al respecte: Smeenk, A.D. J., ten Have, H.A.M., Medicalization and obstetric care: An análisis of development in Dutch midwifery; *Medicine, Health and Philosophy*, 6(2003), pp. 153-165.



El desenvolupament de les societats occidentals ha facilitat aquesta medicalització de la vida, i les seves causes són múltiples i variades: el pensament il·lustrat va ajudar a una concepció del cos humà absolutament mecanicista, el cos es podia fragmentar i estudiar per separat com si cada part no tingués interconnexió amb la resta; per tant, podia ser comparat amb el funcionament de qualsevol altra màquina, sensible a controls, ajustaments i reparacions.<sup>411</sup> Aquest nou paradigma en la forma de conceptualitzar el cos humà ha permès un desenvolupament continuat de la recerca científica i tecnològica que ha comportat un creixement de la tecnologia mèdica, la medicalització i l'autoritat mèdica.

En l'atenció obstètrica, i sota aquest punt de vista mecanicista, el metge ha adquirit un nou rol i ha reemplaçat la dona embarassada en la capacitat de definir i construir simbòlicament l'embaràs. La futura mare és estimulada a formar-se una visió del seu embaràs com una situació de risc en la qual poden aparèixer complicacions múltiples: hi ha risc d'avortament, de placenta prèvia, de mort fetal, de diabetis, d'hipertensió... Aquests i altres molts problemes que la nova obstetrícia defineix com a potencials o possibles fan que el cos embarassat deixi de pertànyer a la dona i es converteixi en un cos d'interès científic.<sup>412</sup> L'ecografia, que permet al metge accedir a allò que succeeix a l'interior de l'úter, constitueix una tecnologia especialment sensible en aquest sentit. En aquest procés, els professionals sanitaris adquireixen cada vegada més poder, ja que són ells els qui tenen un accés privilegiat a la informació que han de transmetre a la dona embarassada.

Tanmateix, l'aplicació del mètode científic a l'estudi dels fenòmens del cos humà permet l'acumulació d'un nombre important de dades que generen una

---

<sup>411</sup> Els tractats d'obstetrícia del segle XX, adquireixen una mirada científica i mecanicista, un exemple clar en aquest sentit és el tractat de Pinard, en el que com hem esmentat enfoca la situació fetal com un senzill problema físic.

<sup>412</sup> Montes, M.J., Medicalización reproductiva o alienación del cuerpo; *Enfermería Clínica*, 9(1998)5, pp. 206-212.

imatge universal i idealitzada de la realitat. Es descriu i es dibuixa un embaràs i un part ideal, i consegüentment els embarassos i parts reals han d'assimilar-se a aquest model o tipus ideal, quan no ho aconsegueixen se'ls etiqueta d'anormals i d'aquesta forma es legitima el diagnòstic i el tractament de nous problemes.

Al llarg d'aquest recorregut, la dona embarassada ha anat acceptant com a normal la necessitat de medicalització davant del teòric concepte que el cos gestant és deficient i procliu a la malaltia. Per a De Miguel (1979): «la dona perd el control i l'autonomia sobre el seu propi cos, i d'aquesta forma se li arravata la seva identitat».<sup>413</sup> És, però, durant el procés del part quan la medicalització arriba al seu màxim exponent. Els conceptes de *risc* i de *potencial patologia*, amb els quals la moderna obstetrícia etiqueta els parts, ha permès una intervenció sistemàtica i una medicalització continuada. Al llarg del segle XX s'ha produït una tendència generalitzada a l'assistència hospitalària del procés del part.<sup>414</sup> A partir de la dècada dels anys noranta del segle XX, l'assistència hospitalària al part constitueix una pràctica generalitzada als països occidentals.<sup>415</sup>

---

<sup>413</sup> De Miguel, J., Domínguez-Alcón, C., *El mito de la inmaculada concepción*; Barcelona, Anagrama, 1979. "La mujer pierde el control y autonomía sobre su propio cuerpo, con lo que le arrebatan su identidad"

<sup>414</sup> El perill de mort materna associada a les febres puerperals, que convertia l'ambient hospitalari en francament hostil per a la dona, havia desaparegut gracies al descobriment i utilització dels antibiòtics, i a una millora en l'asèpsia en l'assistència obstètrica.

<sup>415</sup> Un estudi realitzat l'any 1992, sobre els llavors dotze països de la Comunitat Europea observà que tot i la relativa uniformitat em els resultats perinatals, les formes de controlar i atendre els naixements era molt diferent entre els diferents països. Així a Holanda (com ja hem esmentat) o a Dinamarca, s'assitien entre un vint-i-cinc i un trenta-cinc per cent del parts a domicili, mentre que altres països com Luxemburg, Itàlia, Espanya o Grècia, pràcticament el cent per cent dels naixements és produïen em unitats de maternitat hospitalàries. Vid. Di Renzo, G. C., O'Herlihy, C.O., Van Geijn, H.P., Copray, F.J.A., *Organization of perinatal care within the European community*; *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 45(1992), p. 81-87. Smeenk, A. D., i ten Have, H.A., op. cit., confirmen que a Holanda es produïa un trenta-cinc per cent de naixements en el domicili l'any 1978, i afirmen que l'èxit i els bons resultants del model holandès es deuen a l'autonomia que en aquell país tenen les llevadores, com a professionals experts en l'assistència al part normal, el manteniment d'aquesta autonomia ha permès una representació simbòlica del part com a fet fisiològic. Tanmateix reconeixen que aquest model està entrant

En el nou model d'assistència al part, les dones són convidades a quedar-se al llit, immòbils, durant la major part del procés de dilatació del coll de la matriu. Els parts acostumen a controlar-se farmacològicament; l'ús d'oxitòcics permet un escurçament del temps de dilatació, però a canvi les contraccions uterines són més intenses i doloroses, fet que fa necessària la utilització d'analgèsia i anestèsia. L'evolució del transcurs del treball de part es registra en gràfics matemàtics o partogrames, que substitueixen els registres escrits que s'efectuaven anteriorment, en els quals s'anotaven les respostes objectives i subjectives de la mare i el fetus. Els partogrames han adquirit una gran popularitat, tot i que no s'hi deixa espai per tal de prendre nota de l'estat psicològic de la mare. En aquest nou model, com hem mencionat, els professionals de l'obstetrícia s'acostumen al treball hospitalari i es converteixen en autèntics tècnics experts en l'ús de fàrmacs i màquines. L'observació directa, el diàleg i l'ull clínic s'exerciten menys, es prima l'expertesa tècnica per damunt de les qualitats humanes i morals dels professionals.

## **2.2. El rol dels professionals sanitaris**

La suma de tots aquests factors ha facilitat un canvi de rol en els professionals sanitaris dedicats a l'assistència sanitària al naixement. La forta medicalització de l'assistència a l'embaràs i el part facilità l'entrada massiva de la classe mèdica en el procés assistencial. A l'inici del segle XX, l'obstetrícia i la

---

en crisi, en els últims anys, degut a la expansió de la medicalització; els autors reconeixen tres punts crítics durant l'embaràs: L'objectivació del fetus com a pacient, l'augment espectacular en el nombre de tests i intervencions prenatales, i la introducció de l'ecografia al llarg del control prenatal. Tanmateix durant el procés del part el increment de l'ús de la cardiotocografia, les amniorraxis artificials (trencament de la bossa amniòtica), l'ús dels oxitòcics i la pràctica de la episiotomia actuen en la mateixa direcció.

ginecologia s'havien fusionat i constituïen una única especialitat mèdica, en bona part dels països desenvolupats.<sup>416</sup> L'assistència a l'embaràs i el part s'inclogué entre les activitats pròpies d'aquests metges especialistes, que es dedicaren a l'atenció de la fisiologia de la reproducció en la dona englobant tant els seus aspectes normals com els patològics. L'avenç espectacular de les tècniques obstètriques ha permès que moltes dones que anteriorment no podien accedir a la maternitat, ara esdevinguin mares; podríem citar com a exemple les dones diabètiques, o aquelles que han estat sotmeses a algun tipus de trasplantament d'òrgans; indubtablement aquests embarassos poden arribar a bon terme, gràcies a la continuada medicalització i control; podem recordar també aquí els múltiples casos d'esterilitat i infertilitat que actualment són resolts gràcies a sofisticades tècniques de fecundació in vitro i transferència d'embrions. L'atenció a tots aquests casos requereix de professionals entrenats en l'ús de sofisticades tecnologies que han de tractar els embarassos com a situacions d'alt risc, i que necessiten un seguiment i vigilància intensives.

L'amplitud del ventall d'activitats d'aquest col·lectiu féu que l'any 1971 als EUA es reconeguessin tres subespecialitats per als obstetres i ginecòlegs: una incloïa la ginecologia endocrinològica i la reproducció humana, una altra se centrava en la ginecologia oncològica, i evidentment no s'abandonava, establint-se com a tercera subespecialitat, el que corresponia al que clàssicament es coneixia com a *obstetrícia*, que es passà a denominar *medicina maternofoetal*, ja que a més de l'atenció a l'embaràs i el part, proposava potenciar l'estudi del fetus i l'esforç per conservar-ne el bon estat de salut.

Al llarg del segle XX aparegué una quarta subespecialitat mèdica: *la neonatologia*. L'evolució de les incubadores, el perfeccionament de les tècniques de reanimació neonatal, així com la introducció del cateterisme dels vasos del

---

<sup>416</sup> González-Merlo, J., González-Bosquet, E., Evolución histórica y advenimiento de la especialidad. Concepto actual de obstetricia y ginecología; a Cabero, L., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*; Madrid, Ed. Panamericana, 2003, p. 5.

cordó umbilical permeteren millorar la supervivència de molts fetus i nadons prematurs. Un dels aspectes més característics del moment fou el protagonisme que adquirí el fetus, des del punt de vista dels professionals mèdics, tant durant la seva etapa intrauterina, com en la seva vida neonatal. Es posaren a punt els recursos necessaris per tal d'aconseguir l'adequada profilaxi, el diagnòstic i el tractament de les possibles alteracions; en aquest sentit, l'any 1984 es creà la societat internacional *The Fetus as a Patient*.<sup>417</sup>

En aquesta escalada de medicalització de l'assistència al naixement es replantejà el paper de les llevadores. Feia anys que havien perdut el monopoli de l'atenció al naixement i en aquests moments es plantejava la seva existència com a auxiliars de la classe mèdica, tal com ens mostra el text mèdic següent:

«Coincidint amb el part a l'hospital, el metge obstetra cada cop assumeix més importància en la direcció del part. La llevadora, que fins fa poc temps era, com a dona, qui conduïa i atenia la partera en el procés del naixement, durant la segona meitat del segle XX passà a ser auxiliar o ajudant del metge en tot allò relacionat amb la conducció del part».<sup>418</sup>

Les llevadores iniciaren una formació acadèmica reglada i professionalitzadora, sota la supervisió de les facultats de medicina; a Espanya, la primera escola de llevadores es creà a la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, l'any 1916. A Catalunya, la primera escola de llevadores va ser ubicada a Barcelona, a l'antic *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, i uns anys després es va traslladar a l'*Hospital Clínic*. La llei de Sanidad Nacional de l'any 1944 establí

---

<sup>417</sup> *Íbid.*, p. 6.

<sup>418</sup> *Íbid.*, p. 1-12. “Coincidiendo con el parto hospitalario, el médico obstetra cada vez asume un papel más importante en la dirección del parto. La comadrona, que hasta hace poco tiempo era, como mujer, quien conducía y atendía a la parturienta en el proceso de dar a luz, en la segunda mitad del siglo XX pasa a ser auxiliar o ayudante de médico en lo que se refiere a la conducción del parto.”

la unificació de les anomenades *professions auxiliars sanitàries* en un únic col·legi oficial; sota l'epígraf d'auxiliars sanitaris s'englobaven els practicants, les llevadores i les infermeres. La professió de llevadora es mantingué com a carrera independent fins a l'any 1953, quan pel Reial decret de 4 de desembre s'unificaren els estudis de practicants, infermeres i llevadores en un únic projecte que rebé el títol d'*Ajudant Tècnic Sanitari* (ATS); al mateix temps, es va tenir en compte la possibilitat d'especialització per als ATS. L'any 1957 es creà l'especialitat de *assistència obstétrico-matrona*, a la qual hi podien accedir les ATS de sexe femení que tinguessin menys de quaranta-cinc anys. L'especialització tenia una durada d'un any i s'havia de cursar en règim d'internat.<sup>419</sup> A Catalunya, l'escola de llevadores de *l'Hospital Clínic*, sota la direcció del professor de Ginecologia Dr. González-Merlo, establí, l'any 1976, un conveni amb la Universitat de Barcelona per tal de formar llevadores en altres centres hospitalaris: la Clínica Santa Fe de Sabadell, *l'Hospital de Granollers* i *l'Hospital de Sant Joan de Déu* de Barcelona; en tots els centres les pràctiques eren tutelades per metges obstetres. L'any 1959 es creà la segona escola de llevadores a Catalunya, a la *Casa Provincial de Maternitat*, depenent de la *Diputació de Barcelona*; l'any 1969 es creà la tercera escola de llevadores a Catalunya a *l'Hospital Maternal de la Residència Sanitària de la Vall d'Hebron*. Durant tots aquests anys la formació teòrica era impartida gairebé exclusivament pels metges obstetres i la formació pràctica era tutelada per l'equip de guàrdia de la sala de parts.<sup>420</sup> Les llevadores es formaven exclusivament en l'assistència al part, en un ambient hospitalari on els naixements s'assistien sota direcció mèdica i s'hi intervenia activament en el seu curs de desenvolupament. La inducció o l'acceleració del part mitjançant fàrmacs oixitòtics era una pràctica habitual, així

---

<sup>419</sup> Per a més informació sobre la professió de llevadora a Espanya durant el segle XX es pot consultar Terre, C., *La matrona en Espanya. Historia de una profesión*; a Towler, J., i Bramall, J., *Comadronas en la historia y en la sociedad*; Barcelona, Masson, 1997, pp. 373-383.

<sup>420</sup> Costa, D., Seguranyes, G., *Història de la formació de les llevadores a Catalunya* a Carreras, J.M., *Història de l'obstetricia i Ginecologia catalana*; Barcelona, Fundació Uriach, 1998, pp. 180- 183.

com el trencament artificial de les membranes àmniques; la major participació dels metges en el part conduí a la realització, gairebé rutinària, d'una incisió quirúrgica perineal per ajudar a la sortida del fetus (episiotomia).

L'explosió demogràfica de l'anomenat *baby-boom* produïda a occident durant les dècades de 1950 i principi de 1960 deixava poc temps a les llevadores per tal de proporcionar suport psicològic a les mares que tenien els seus fills a l'hospital. Al Regne Unit, el Ministeri de Sanitat féu una recomanació, l'any 1961, en la qual animava a atendre les relacions humanes en l'assistència al part. Al principi de la dècada de 1960 el *Central Midwives Board* (CMB) inicià una revaluació de la formació que calia donar a les llevadores, però abans d'arribar a qualsevol conclusió ho consultà amb el Ministeri de Sanitat del Regne Unit. Finalment, el CMB va pronunciar-se dient que calia una redefinició de la posició professional de les llevadores definint novament les seves responsabilitats. Aquest replantejament s'estengué a altres països i l'any 1966, l'Organització Mundial de la Salut definia el rol de la llevadora com a:

«(...) una persona qualificada per tal de proporcionar assistència a la dona durant tot el procés de la maternitat. Està formada per tal de tenir la necessària cura i donar consell a les dones durant l'embaràs, el part i el període postnatal, per atendre els naixements normals sota la seva pròpia responsabilitat i per tenir cura del nadó. En tot moment haurà de ser capaç de reconèixer els signes d'estat anòmals o potencialment anòmals que necessitin ser referits al metge i de posar en pràctica les mesures d'urgència en absència d'assistència mèdica. Pot exercir en hospitals, unitats de salut o serveis domiciliaris».<sup>421</sup>

A la dècada dels anys noranta del segle XX pràcticament totes les dones dels països desenvolupats tenien els seus fills en sales de parts hospitalàries; a excepció d'alguns països entre els quals destaca Holanda on, com hem vist amb

---

<sup>421</sup>Towler, J., Bramall, J., *op. cit.*, p. 318.

anterioritat, durant aquests anys un 35% dels naixements seguien tenint lloc al domicili.<sup>422</sup> A Espanya, l'assistència al part domiciliari es mantingué en entorns rurals fins a l'inici de la dècada de 1960, però la tendència fou integrar-los en el model medicalitzat i hospitalari.

Al nostre país, la formació de les llevadores, queda interrompuda; la causa fou que l'any 1977 s'integraren els estudis d'ATS a la universitat, i es creà el títol de Diplomada en Infermeria que es cursava a escoles universitàries d'Infermeria, i quedaren d'aquesta forma desvinculades de la supervisió i control de les facultats de Medicina. L'any 1980, un cop finalitzada la primera promoció de diplomats universitaris s'homologaren les professions d'ATS i diplomada en Infermeria a efectes laborals. Una nova ordre d'octubre de 1980 autoritzava els diplomats en Infermeria a cursar les mateixes especialitats que hi havia per als ATS.<sup>423</sup> Sis anys més tard, l'any 1986, amb motiu de la incorporació d'Espanya a la Comunitat Econòmica Europea, el Govern espanyol adquirí el compromís d'adequar la formació de les llevadores a les directrius de la Comunitat Europea 80/154/CEE i 80/155/CEE, promulgades l'any 1980 i que obligaven a tots els països membres a incorporar-les en les legislacions pròpies.<sup>424</sup> L'any 1987 es regularen a Espanya les especialitats d'Infermeria, adequades a la nova titulació universitària per reial decret, entre aquestes es va preveure l'especialitat de *Enfermería Obstétrica-Ginecológica o Matrona*, que segons el mateix reial decret havia d'ajustar-se a les directrius europees, i va quedar derogat l'anterior decret

---

<sup>422</sup> *Íbid.*, pp. 312-330.

<sup>423</sup> Aquest mateix any es suprimí la limitació d'accés a la especialitat de llevadora per motiu de sexe i es derogà l'obligació de cursar l'especialitat en règim d'internat.

<sup>424</sup> Aquestes directives especifiquen els requisits d'accés a la professió, defineixen l'àmbit d'actuació professional, així com els requisits dels programes de formació. En elles s'especifica que la formació de llevadora es pot cursar mitjançant dues modalitats: la primera d'elles contempla un accés directe als estudis amb una durada de com a mínim tres anys a dedicació completa o una segona modalitat d'accés després d'obtenir la titulació d'infermeria que obliga a una formació d'especialització de 3600 hores a temps complet o 3000 hores seguides d'un any de pràctiques.



de formació d'especialistes. El nou decret no es desenvolupà i, a Espanya, deixaren de formar-se especialistes en infermeria<sup>425</sup> fins que el Tribunal de Justícia de la Comunitat Europea presentà l'any 1989 un recurs contra el Regne d'Espanya, formulat per la Comissió de les Comunitats Europees, pel fet de no haver adoptat en el període establert les disposicions necessàries per tal d'ajustar-se a les directrius comunitàries relatives a l'accés a les activitats pròpies de les llevadores i al seu exercici. Finalment, i després de cinc anys d'interrupció en la formació, l'Ordre d'1 de juny de 1992 aprovà el nou programa de formació i establí els requisits de les unitats docents de formació.<sup>426</sup> L'any 1994 inicià la seva formació la primera promoció d'especialistes en *Enfermería Obstétrico-Ginecológica* (llevadores), que es graduaren l'any 1996, després d'un període de nou anys en el qual no s'havia format cap promoció de llevadores a Espanya.<sup>427</sup>

El nou model de formació s'ha desvinculat de la supervisió mèdica i consegüentment ha potenciat unes llevadores més autònomes, capacitades per tal de donar assistència a la fisiologia reproductiva de la dona, en un context de col·laboració amb els metges especialistes; la formació se segueix realitzant en centres hospitalaris d'alta tecnologia i es completa en centres d'assistència primària, on es desenvolupen activitats de seguiment de l'embaràs i atenció a la planificació familiar. No es preveu l'assistència domiciliària durant el part. Alguns professionals, en un nombre molt reduït, es dediquen a l'assistència domiciliària, però aquesta activitat és absolutament marginal en el nostre àmbit.

---

<sup>425</sup> Algunes de les anteriors especialitats com les de podologia o fisioteràpia es desenvoluparen creant noves titulacions universitàries, però la formació de les llevadores quedà totalment interrompuda

<sup>426</sup> S'establí una formació de dos anys a temps complet, amb un total de 3534 hores. L'accés a la formació s'aconsegueix superant una prova de caràcter estatal a la que hi poden accedir els Diplomats en Infermeria. Les Unitats Docents de Llevadores queden vinculades a les Escoles Universitàries d'infermeria.

<sup>427</sup> Terré, C., *op. cit.*, pp. 373-383.

## 2.3. Les protagonistes de l'atenció: Les mares d'inici de segle XXI

Aquest procés de medicalització i tecnificació de l'assistència al naixement s'inscriu en un període de canvis socials profunds i ràpids en els països industrialitzats. Aquests canvis han afectat el funcionament econòmic i social, així com les formes de vida de la població en general i de les dones en particular; per tant les condicions en què se situen les dones per tal d'afrontar la maternitat s'han vist modificades.

Els canvis socials, l'entrada majoritària de les dones en el mercat laboral i l'accés a estudis universitaris, han contribuït a modificar aspectes relacionats amb la maternitat. S'ha produït un endarreriment d'allò que vulgarment s'anomena *el rellotge biològic*. L'edat en què les dones tenen el seu primer fill ha augmentat sensiblement durant les últimes dècades. L'any 1998 Holanda tenia el rècord de ser el país europeu on les dones accedien a la maternitat a una edat més alta; la mitjana d'edat de les dones quan tenien el seu primer fill era de 29 anys,<sup>428</sup> però aquesta tendència s'ha generalitzat arreu dels països occidentals. L'any 2005 l'edat mitjana de les dones en el moment de tenir el seu primer fill era de 29,36 anys a l'Estat espanyol,<sup>429</sup> només el Regne Unit presentava una xifra lleugerament superior: 29,79 anys. La resta de països de l'entorn europeu presentaven xifres similars, si bé relativament inferiors com, per exemple, la citada Holanda que mantenia l'any 2005 una mitjana d'edat per al primer fill de

---

<sup>428</sup> Smeenk, A. D., i ten Have, H.A., *op. cit*, p. 156.

<sup>429</sup> A Catalunya aquesta xifra és encara lleugerament superior, doncs l'edat mitjana de la mare en néixer el primer fill es situa als 29,4 anys. Vid.: Institut d'Estadística de Catalunya, *La Natalitat a Catalunya a l'any 2005*; (en línia), Barcelona, Generalitat de Catalunya, 29 de gener de 2007. Consulta 15 d'agost de 2007. Disponible a: <http://www.idescat.net/cat/idescat/serveis/premsa/NPnaix2005.pdf>

28,91 anys, o França amb 28,49, Grècia amb 28,50 i Suècia amb 28,65.<sup>430</sup> Tanmateix, el percentatge de naixements per sobre dels 35 anys materns ha augmentat de forma considerable.<sup>431</sup> Les mares de més edat presenten un major risc de complicacions durant l'embaràs, així com de baix pes del nadó al naixement; la possibilitat que el nadó presenti defectes cromosòmics, especialment síndrome de Down, també augmenta en aquelles mares de més de 35 anys, i per tant les proves i exàmens al llarg de l'embaràs s'han d'incrementar.

Si consultem les estadístiques espanyoles, el primer que crida l'atenció és la disminució de la taxa de natalitat. Mentre que l'any 1976 nasqueren a Espanya 667.458 nadons, l'any 1998 només ho feren aproximadament la meitat (365.193), a partir d'aquest any s'observa un augment lent però continuat de la natalitat, a causa sobretot dels naixements de nadons fills de mares estrangeres. El nombre mitjà de fills per dona en edat fèrtil se situà l'any 2005 en 1,34 fills per dona; aquesta xifra és resultat d'un llarg període de descens que provocà una caiguda d'aquest indicador dels 2,8 fills per dona l'any 1975 fins arribar a 1,16 l'any 1998; a partir d'aquest moment es produí un ascens lleuger, però continuat de la xifra a causa en bona part dels naixements aportats per les dones estrangeres establertes en el nostre país i que l'any 2004 aportaren el 13,9% dels naixements.

Les dones han igualat els homes en l'accés als nivells universitaris de primer i segon cicle,<sup>432</sup> però la seva xifra és encara inferior en el mercat laboral, tot i que la taxa d'activitat de les dones va en augment gradual i constant.<sup>433</sup>

---

<sup>430</sup> Instituto Nacional de Estadística., *Indicadores Demográficos. Datos europeos. Natalidad y fecundidad. Edad media del primer hijo por países y periodo*; (en línea), Madrid, Eurostat. Consulta 15 d'agost de 2007. Disponible a: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.

<sup>431</sup> A Catalunya un de cada quatre nadons nascuts l'any 2005 tenia una mare de 35 o més anys. Vid: Institut d'Estadística de Catalunya, *op. cit.*

<sup>432</sup> *Ídem.* Aquesta igualtat disminueix de forma dramàtica en els estudis de doctorat.

<sup>433</sup> Instituto Nacional de Estadística; Encuesta de Población Activa 2003; a Maroto-Navarro, G., et al., El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias; *Gac San*, 2004, 18(Sup 2), pp. 13-23.

Aquestes xifres ens mostren, en una primera aproximació, el fet que les dones i les seves parelles anteposen la finalització dels estudis, el benestar, l'estabilitat geogràfica..., al fet reproductor. En aquests moments és força excepcional que una persona hagi planificat el seu futur abans dels trenta anys, però l'accés a la maternitat no només depèn del desig d'acomplir amb el rellotge biològic, sinó que actualment els condicionants econòmics i socials s'anteposen a l'estricta compliment del desig reproductiu. Per a aquelles dones que no aconsegueixen accedir al mercat laboral les principals dificultats són de tipus econòmic,<sup>434</sup> mentre que per a aquelles que aconsegueixen un bon lloc en el mercat de treball els suposa una dura aposta la compatibilitat del temps i l'esforç del treball remunerat amb les responsabilitats domèstiques i familiars que moltes vegades assumeixen encara en solitari, tot i que algunes dones poden optar per horaris reduïts; aquesta situació si bé pot proporcionar temps a les dones per dedicar-se als fills, suposa una dificultat afegida a l'hora de competir professionalment en termes d'igualtat amb els homes. En el cas de les dones amb treballs associats a l'economia submergida ni tan sols tenen dret al descans maternal preceptiu.<sup>435</sup> Encara que en aquests moments l'accés al mercat laboral és més habitual entre les dones, aquest fet no ens pot fer pensar que les dones anteriorment no treballaven; les dones han treballat des de sempre, dins i fora de casa, especialment en les llars més pobres i de menys recursos, però abans,

---

<sup>434</sup> Segons el *II Informe sobre lo que cuesta un hijo*; de la Confederación Española de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU), publicat l'octubre de 2006 el preu de criar un fill oscil·la entre els 98.205 i els 301.274 euros fins els 18 anys, depenen del tipus d'alimentació, higiene, oci o educació que rebí.

<sup>435</sup> A Espanya en aquests moments el permís per maternitat es de 16 setmanes, en altres països es donen permisos més perllongats: República Txeca i Eslovàquia (28 setmanes), Croàcia (6 mesos), Hongria (24 setmanes) o Itàlia (5 mesos); a Dinamarca, Noruega o Suècia es preveuen llicències de 14 setmanes que es poden perllongar fins 450 dies, percebent el 75% del sou durant els 360 primers dies i un subsidi fix els 90 dies restants. Vid., Maroto-Navarro, G., *op. cit.*, p. 17. En molts casos però la prolongació dels permisos de maternitat pot tenir un efecte pervers en els empresaris resistents a contractar o promocionar dones en edat fèrtil.

més que ara, comptaven amb xarxes femenines d'ajuda, gràcies a la col·laboració de les generacions de iaies i amb un entorn social i urbà més estable, segur, predictable i manejable.

Altrament, els missatges socials que reben les dones que es plantegen la maternitat, en aquests moments són contradictoris. Per una banda, se les fa sentir culpables per treballar fora de casa i se les fa responsables de tots els problemes futurs dels seus fills; però en els llocs de treball s'imposa el discurs de la disponibilitat total a les exigències laborals per tal de poder ser reconegudes i promocionades com a bones treballadores.

Per tant, una anàlisi més rigorosa de la situació ens mostra que: la competitivitat laboral, la lluita per un posicionament social i la prioritització del benestar i la qualitat de vida constitueixen eixos centrals en el funcionament de les noves societats occidentals. Les noves formes familiars, juntament amb la incorporació de les dones al mercat laboral impliquen un canvi profund en l'àmbit privat de la vida familiar, en el qual es prenen les decisions reproductives. Actualment, la falta de temps, la percepció que les demandes socials i familiars sobrepassen la capacitat de la dona de respondre-hi, així com la incompatibilitat de la cura dels fills i el manteniment d'altres responsabilitats en l'àmbit laboral són variables que sumades al deficitari suport social per part del sistema social formal i informal, afegixen malestar i afecten la salut de les dones i, especialment, la seva qualitat de vida.

Els riscos de salut associats a l'embaràs, part i puerperi han disminuït de forma espectacular, gràcies fonamentalment a les millores socials, però també a la competència tècnica i capacitat de resposta del sistema sanitari,<sup>436</sup> però el període maternal continua sent una època vulnerable per a la salut de les dones, i tant l'entorn com les pràctiques sanitàries exerceixen una influència significativa

---

<sup>436</sup> A Espanya la taxa de mortalitat materna fou del 4 per 100.000 nascuts vius l'any 2004. Vid., OMS., *Tasa de Mortalidad Materna*; On line (Consulta 04/03/2008). Disponible a: [http://milleniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi\\_indicator\\_xixx.aspx?ind\\_code=16](http://milleniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_indicator_xixx.aspx?ind_code=16).

en les seves vides. El contacte freqüent amb el sistema sanitari al llarg d'aquest període pot suposar un element de suport en aquesta època de forta incertesa, però també pot ser viscut com una situació adversa, ja que les dones poden sentir-se sotmeses a múltiples proves mèdiques: com hem comentat el seguiment de l'embaràs suposa un seguit de visites en les quals es plantegen, entre altres, avaluacions relatives al control del benestar fetal, la medicació de l'alçada uterina i el pes de la dona, el control de la tensió arterial, estudis hemàtics successius, controls d'orina, controls ecogràfics i proves de detecció d'anomalies fetals. L'atenció al part s'ubica dins un model sanitari d'atenció a la malaltia; els serveis sanitaris centrats fins fa relativament poc en la disminució de la mortalitat materna i fetal han deixat de banda el benestar psicològic de la mare.<sup>437</sup> Per una banda, les pràctiques obstètriques han augmentat els recursos tecnològics que possibiliten un major control sanitari sobre el desenvolupament del part i la vigilància del fetus, però per l'altra, hi ha una excessiva estandardització de les cures i serveis, i la realització d'intervencions molt tecnificades que es podrien evitar en molt parts normals, com les episiotomies, les induccions de les contraccions o algunes de les cesàries.

### **2.3.1. El deure i la responsabilitat de tenir un fill sa**

El retard en l'edat de la maternitat augmenta el risc de fetus afectats per cromosomopaties, com que no es coneixen mètodes de prevenció, l'única forma actual de detecció d'aquests problemes es basa en el cribratge i el diagnòstic prenatal d'anomalies congènites, la qual cosa afavoreix la integració d'aquesta pràctica com un més dels rituals de l'embaràs.

En el model actual d'atenció sanitària a l'embaràs el diagnòstic prenatal és presentat com una forma de reduir la freqüència de defectes congènits, en la

---

<sup>437</sup> Maroto-Navarro, G., et al., *op. cit.*, p. 19.

qual les dones després d'obtenir la informació adequada poden exercir el seu dret a l'autonomia i decidir entre diverses opcions. Però no tots els autors estan d'acord amb un raonament d'aquest tipus; per a Marsico<sup>438</sup> quan el diagnòstic prenatal s'explica únicament com a llenguatge tranquil·litzador, el tema se simplifica extraordinàriament, si considerem que la societat deixa sobre la dona la càrrega i la responsabilitat de cuidar els fills, podem entendre que al mateix temps la indueix a la necessitat de produir fills sans. Les dones embarassades assumeixen el deure de complir certes instruccions de comportament al llarg de l'embaràs;<sup>439</sup> per tant, seguir les recomanacions dels protocols d'atenció i tot allò referit a sotmetre's a les proves de cribratge entraria dins d'aquest compliment d'instruccions que provenen dels professionals sanitaris. Des d'aquest punt de vista, l'exercici de l'autonomia com una simple qüestió d'elecció es complica extraordinàriament.

En aquest punt és necessari fer referència a l'impacte social i personal de les cromosomopaties i malformacions congènites; és un fet innegable que totes aquestes patologies, especialment les més serioses, comporten un patiment i una dificultat gran tant per a les persones que les pateixen com per als pares dels nens afectats; cal tenir en compte que en el model de societat actual es fa difícil acceptar certes deficiències, especialment quan la parella/mare han tingut la possibilitat de detectar-ho i tot i així han decidit continuar amb l'embaràs. Per a Lippmann,<sup>440</sup> les dones embarassades no tenen altra alternativa que sotmetre's a

---

<sup>438</sup> Marisco, G., *op. cit.*, p. 155.

<sup>439</sup> De fet, dins les activitats de seguiment de l'embaràs l'educació sanitària encaminada a aconseguir que la dona gestant adopti comportaments saludables constitueix una part important de l'activitat assistencial. Aquesta realitat fa pensar en la dificultat afegida per als professionals de poder donar una informació no directiva quan s'ofereixen les proves de cribratge prenatal, mentre que habitualment les seves recomanacions han d'anar encaminades a la persuasió de la embarassada per tal que adopti comportaments saludables; aquest punt es desenvoluparà més extensament em aquest mateix treball.

<sup>440</sup> Lippmann, A., Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities; *American Journal of Law and Medicine*, 1991, 18, pp. 15-50.

les proves de diagnòstic i a la interrupció de l'embaràs si aquestes confirmen certes patologies; Lippmann es pregunta:<sup>441</sup>

«Continuar un embaràs quan s'ha vist que el fetus té la síndrome de Down, pot ser realment una elecció quan la societat no accepta nens deficients o no els garanteix l'ajuda suficient per a la seva atenció? Pot una dona tenir una alternativa realista al diagnòstic i avortament d'un fetus afectat per una patologia, quan la societat veu l'embaràs d'una dona "un èxit" si el nen neix sa? Si el diagnòstic prenatal i l'avortament del fetus afectat són l'única solució que s'ofereix, es pot anomenar això una elecció?»

Des de la perspectiva feminista es fa èmfasi en els interessos de gènere, de les mateixes dones, per tal de prendre decisions en els àmbits de la reproducció i de la genètica. Qualsevol decisió que es prengui en relació amb l'embrió o el fetus en els casos de diagnòstic prenatal vindrà mediada per la dona, ja que en tots els casos cal accedir a l'interior de l'úter gestant. Tong (1997)<sup>442</sup> presenta els diferents punts de vista que des de l'aproximació feminista a la bioètica s'adopten en relació amb aquest tema. Adrienne Asch<sup>443</sup> afirma que tenir fills amb malalties o defectes genètics seriosos va en contra dels interessos personals de les dones que esdevenen mares, ja que generalment són les dones les que normalment tenen cura en el domicili dels nens i dels adults

---

<sup>441</sup> Ídem. Citat a Marisco, G., *op. cit.*, p. 156. "Continuar un embarazo cuando se ha visto que el feto tiene el síndrome de Down, puede ser de verdad una elección cuando la sociedad no acepta a los niños deficientes o no les garantiza suficiente ayuda para sus cuidados? ¿Puede una mujer tener una alternativa realista al diagnóstico y al aborto de un feto afectado por una patología, cuando la sociedad ve el embarazo de una mujer "un éxito" si el niño es sano? Si el diagnóstico prenatal y el aborto del feto afectado son la única solución que se ofrece, ¿se puede llamar a esto realmente una elección?"

<sup>442</sup> Tong, R.M., *Feminist approaches to Bioethics. Theoretical reflections and Practical Applications*; Boulder, Colorado, Bestview Press, 1997.

<sup>443</sup> Referenciada a Tong, R, M., *op. cit.*, p. 233.



discapacitats, i és habitualment la dona qui renuncia a la seva carrera personal i professional. Però tanmateix, moltes dones trien tots aquests sacrificis abans de sentir-se marcades per sentiments o acusacions d'egoisme personal o crueltat. Per a Asch, les dones en aquestes situacions, si no volen renunciar al seu benestar i no volen optar per interrompre l'embaràs, poden tenir el fill i donar-lo en adopció o internar-lo en una institució, però en tots els casos es tracta de *males* eleccions. Socialment, segurament se les acusarà d'irresponsables pel fet de posar en adopció, o institucionalitzar, un infant que presenta una seriosa discapacitat i a més es veurà com una acció egoista esperar que la solució hagi de venir de la generositat d'altres persones que es faran càrrec de la situació. Adrienne Asch<sup>444</sup> referma el dret de les dones a interrompre els seus embarassos, però desaconsella a les dones que els interrompin en cas de defectes congènits. Per a ella interrompre l'embaràs quan se sap que aquell fetus està afectat per la síndrome de Down pressuposa un missatge negatiu per a les persones vives afectades per aquest trastorn, aquest missatge es fa extensiu; per a Asch, a la resta de malalties diagnosticables, descartar aquest fetus per a ella suposa un exemple més de discriminació comparable al sexisme o al racisme. La perspectiva feminista, però, no és homogènia; d'acord amb Tong, des d'una perspectiva política i social la preocupació d'algunes autores se centra en el fet que els governs i les autoritats sanitàries assegurin l'oferta dels tests de cribratge i diagnòstic a totes les dones, ja que en cas contrari, aquelles dones amb menys recursos econòmics estarien més exposades a no rebre aquesta oferta i, per tant, acumularien un nombre més gran de fills discapacitats, fet que les col·locaria en una posició de major discriminació de la que ja presenten, a causa del seu estatus econòmic. Des d'un altre punt de vista, l'existència de proves no invasives, com els indicadors bioquímics, faciliten que socialment s'etiquetin d'irresponsables aquelles dones que no vulguin sotmetre's a aquestes proves per tal de determinar l'estatus de normalitat del seu fetus. De

---

<sup>444</sup> *Íbid.*, p. 235.

fet, per a la majoria de les autores feministes el fet que la societat actual hagi implantat de forma rutinària i hagi normalitzat el cribratge genètic, i especialment el cribratge prenatal, és un signe que la nostra societat té aspiracions eugenèsiques.<sup>445</sup>

### 2.3.2. El significat dels fills a l'inici de segle XXI

Per aproximar-nos al simbolisme social del valor dels fills en el moment actual, en els països d'occident, ens centrarem en el model elaborat per Gil Calvo,<sup>446</sup> que ha dissenyat un model explicatiu de l'evolució del valor dels fills a partir de tres estadis de significació social.

En la família premoderna prevalent fins al segle XIX es valorava el nombre de fills, aquests eren vistos com a *béns de producció*, com a riquesa interna en el si de la família; un exemple paradigmàtic d'aquest model era la família pagesa, que amb un major nombre de fills aconseguia més possibilitats econòmiques, ja que cada un d'ells aportava dos braços que contribuïen al treball familiar. Aquest tipus d'estratègia progenitora s'exemplifica en la família tradicional dedicada a l'agricultura o fins i tot en la família nord-americana que, durant el segle XIX, protagonitzà la conquesta dels territoris de l'oest.

Després de la revolució industrial i el consegüent procés de transició demogràfica es generalitzà entre la burgesia urbana un nou model familiar modern, en el qual els fills es convertien en *béns d'inversió*, ara ja no es tractava d'exploitar el capital físic dels fills com a mà d'obra, sinó tot el contrari, d'invertir en ells a fi d'assegurar-los un futur millor i brillant, mitjançant el capital humà

---

<sup>445</sup> *Íbid.*, p. 234.

<sup>446</sup> Gil Calvo, E., La estrategia progenitora a Garrido, L., Gil, E., *Estrategias familiares*; Madrid, Alianza Universal, 1997, pp. 185-193.

acumulat. En aquests moments les mares burgeses esdeveniren fonamentals en els seu paper d'educadores i socialitzadores d'aquests fills en el si de la família. Per tal que els descendents podessin continuar i incrementar al màxim el patrimoni familiar heretat, s'han de trobar en disposició de poder competir professionalment en les millors condicions, d'aquest fet se'n deriva un canvi d'estratègia, ja no és important el nombre de fills com en la família premoderna, sinó que es prima poder dedicar la millor educació possible a un nombre més reduït de fills, en els quals la família diposita l'esperança d'un futur per al llinatge familiar. L'interès patrimonial de la casa preval sobre l'interès individual del propi fill. Es tracta d'un tipus de calvinisme weberianà dinàstic, no individualista, en el qual l'èxit no està en la supervivència de les persones, sinó en la salvació dels llinatges hereditaris.

Tant en el cas de la família premoderna com en la família moderna, els fills són concebuts com a dipositaris de l'interès patrimonial; tant si aquest és entès com a benefici de l'interès personal del patriarca en la família premoderna o com a interès del llinatge familiar en la família burgesa moderna.

Gil Calvo fa referència a una nova tendència en les estratègies progenitores que es va gestant amb la consolidació de la societat del consum i de l'estat del benestar. En aquest nou escenari social apareix el model postmodern, que continua d'acord amb el model modern, pensant més en la qualitat que en la quantitat de fills, però ara ja no són considerats *béns d'inversió*, per assegurar la continuïtat del llinatge familiar, sigui professional o patrimonial, com en el cas de la família moderna. En aquest nou model postmodern els fills es veuen com a *béns de consum ostentós*, aquest canvi s'origina per la reducció del nombre de llinatges familiars patrimonials a causa d'una extensió més gran de la dependència d'un sou o salari a gairebé tot el conjunt de la creixent població activa i a l'aparició d'una nova societat d'individus en front a l'anterior societat de famílies. A tot això s'hi suma la incorporació de la dona al mercat laboral, amb la consegüent disminució de la nupcialitat i natalitat, així com un

augment dels divorcis i l'assumpció per part de les institucions públiques i privades de les funcions educatives que en el model anterior assumia la família.

Es produeix una discontinuïtat familiar, en disminuir l'interès en la continuïtat de l'herència familiar i primar l'interès individual, pren sentit, en aquest nou context, invertir en l'educació dels fills com a inversió familiar de futur. La responsabilitat de l'educació es desplaça des del si de les famílies cap a l'Estat o cap al mercat.

De totes formes, en aquest nou model els pares segueixen destinant un fort component econòmic als seus fills. L'explicació la troba Coleman<sup>447</sup> en el fet que en els pares postmoderns els fills esdevenen signe de riquesa i estatus que podrà exhibir-se ostentament. Segons aquest autor, l'evidència d'aquesta afirmació la podem trobar en el fet que per a aquests pares postmoderns la inversió en els fills es multiplica en aspectes d'ostentació i imatge pública: oci recreatiu, subcultura juvenil, maquillatge, moda... Gil Calvo<sup>448</sup> accepta també un canvi en l'ètica premoderna del treball ascètic que és substituïda per una ètica de la gratificació personal, així com que la societat d'individus ha substituït la societat de famílies.

La ruptura d'aquesta continuïtat familiar intergeneracional i l'aparició d'una societat d'individus, que substitueix l'anterior societat de famílies, genera una major preocupació per l'avui i l'ara dels fills. Els fills ja no són una inversió de futur, sinó que constitueixen un acte de reciprocitat per tal que rendeixin beneficis en el present; els pares ja no inverteixen en el futur dels seus fills, sinó en el present que podem compartir amb ells. Per tant, els fills deixen de ser considerats en termes instrumentals i es consideren en termes expressius. La inversió en els fills s'entén com una gratificació expressiva que s'obté en entregar-se consumadament a tenir-ne cura i educació. En aquest model postmodern s'intercanvia educació per reconeixement social. Els fills obtenen a

---

<sup>447</sup> Coleman, J.S., Husén, T., *Inserción de los jóvenes en una sociedad en cambio*; Madrid, Narcea, 1989.

<sup>448</sup> Gil Calvo, *op., cit.*,

llarg termini avantatges per l'educació rebuda i a curt termini reben estimació, carantoines i regals; els pares obtenen dels seus fills reconeixement i, a més, una addicional comunicació indirecta amb tot tipus de relacions amb les quals entren en contacte els fills.

En aquesta nova societat en la qual els fills es conceptualitzen com a béns ostentosos, es legitima la demanda de bebès perfectes i, per tant, la detecció dels defectes congènits esdevé necessària en aquest nou escenari social.



### 3. Anàlisi bioètica del model sanitari d'assistència a embaràs i part

L'assistència sanitària al procés de la maternitat en els països desenvolupats se situa en un context social en el qual els bons resultats obstètrics són considerats la norma. La mortalitat maternoinfantil és molt baixa en aquests moments en els països occidentals.<sup>449</sup> Problemes obstètrics importants com la toxèmia materna, les hemorràgies abans del part, o els parts dificultosos que comportaven una important mortalitat i/o mobilitat en les mares i els nens fins al segle XIX, s'han deixat enrere al llarg del segle XX. Un altre problema com el dels defectes congènits dels nadons, s'intenta controlar, com ja hem comentat àmpliament, mitjançant sistemes de cribratge que s'ofereixen a les dones durant el control prenatal.<sup>450</sup> Només la prematuritat continua sent un

---

<sup>449</sup> A Espanya la taxa de mortalitat materna l'any 2000 fou de 4 per 100.000 nascuts vius i la mortalitat perinatal del 4,7 per 1000. Vid., Instituto Nacional de Estadística. *Mortalidad perinatal*; Disponible a <http://www.ine.es>. A Catalunya la mortalitat en els nadons ha passat d'una taxa de 7,9 morts per mil nascuts vius i morts, l'any 1993, a 4,7 per mil l'any 2002. Vid., Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, *op. cit.*

<sup>450</sup> Els programes de cribratge pretenen una detecció precoç que permet la interrupció voluntària de l'embaràs o un tractament intrauterí, en un nombre petit de casos. No totes les anomalies congènites són diagnosticables abans del naixement. Malgrat l'avenç tecnològic actual moltes passen inadvertides durant tota la gestació i només es detectaran un cop s'ha produït el naixement, o fins i tot durant els primers anys de vida del nadó. No obstant això, algunes d'aquestes patologies són objecte de cribratge en tota la població de dones gestants. També es poden destacar les mesures preventives en l'etapa pregestacional com

problema important de salut maternoinfantil, que no ha disminuït al llarg dels anys, sinó que s'ha incrementat en les últimes dècades.<sup>451</sup>

Aquest èxit en resultats perinatals ha comportat un optimisme generalitzat en assistència a la maternitat. L'ús generalitzat de mètodes anticonceptius ha permès que la majoria dels embarassos siguin planificats, les famílies tenen menys fills, però es planteja una exigència social envers una consecució exitosa del projecte parental. L'assistència sanitària a la maternitat a l'inici de segle XXI no està desproveïda de debat bioètic. Els eixos principals que configuren aquest debat són quatre:

1. Els nous conceptes socials de salut i malaltia: Com ja hem vist, la medicalització de la vida ha generat noves situacions i ha permès la identificació de situacions patològiques que abans no s'havien conceptualitzat. La conceptualització de l'embaràs i el part com a situacions potencialment de risc o la prevenció de les discapacitats són factors importants en aquest sentit, que han comportat una forta medicalització de l'assistència al naixement.

2. La configuració particular de la relació assistencial durant embaràs i naixement. La presència del fetus comporta una relació peculiar en la qual el professional té cura de la salut de la mare, però té l'obligació de vetllar per un desenvolupament harmònic del fetus. En aquest sentit, la consideració mèdica del fetus com a pacient ha fet sorgir el debat al voltant dels conflictes maternofetals i la identificació dels límits entre beneficència i autonomia.

3. L'impacte de les noves tecnologies. L'alt nombre de tècniques disponibles i la seva sofisticació: la fecundació in vitro, la transferència

---

l'administració de folats abans de l'embaràs i/o durant el primer trimestre, la vacunació sistemàtica contra la rubèola, o l'administració de iode durant la gestació.

<sup>451</sup> L'índex de prematuritat a Catalunya ha passat d'un 5,8% l'any 1993 a un 7,5% l'any 2003. Vid.: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, *op. cit.*, L'accés a la maternitat a edats cada cop més avançades, l'accés a la maternitat, gracies a sofisticats mètodes, de dones abans considerades infèrtils i l'augment dels econòmicament més desfavorits, entre el que es pot destacar el col·lectiu de dones immigrades afavoreixen l'augment de la taxa de prematuritat i de baix pes al néixer.



embrionària, la donació de gàmetes o els úters de lloguer presenten debats ètics coneguts i que no pretenem abordar en el present treball. Però aquests temes, si bé són els més mediàtics, no són els únics destacables; les proves de cribratge prenatal, o l'ús de l'ecografia durant l'embaràs així com el model d'assistència al part presenten també certes incerteses bioètiques.

4. Les relacions asimètriques s'han configurat en el si de la medicina al llarg dels segles i, en el cas de la salut reproductiva, s'hi afegeix la qüestió del gènere, com l'opressió de la dona en totes les societats. La maternitat ha definit la feminitat al llarg dels anys; per tant, qualsevol actuació sanitària que es produeixi al llarg de l'embaràs i el naixement s'ha de tenir en compte intentant descobrir aquests eixos d'opressió. La importància del gènere en les qüestions bioètiques relacionades amb salut maternoinfantil s'ha posat de manifest en molta de la literatura feminista.<sup>452</sup> Entre el personal sanitari i el pacient (en el nostre cas la dona embarassada) s'estableix una relació assistencial asimètrica que en l'assistència a la maternitat pot amagar vertaderes relacions de poder, pròpies de la societat patriarcal que intentarem desemmascarar.

Embaràs i part suposen situacions fisiològiques en la vida de la majoria de dones, però, com hem vist, la medicalització i tecnificació ha anat colonitzant l'atenció sanitària a la maternitat. Davant aquest fet, les postures de les dones i les seves parelles, la perspectiva dels professionals i fins i tot la consciència social del que significa la paternitat i la maternitat presenten matisos diversos. La maternitat a l'inici de segle XXI suposa una qüestió d'opcions; més opcions signifiquen, però, una major responsabilitat per part de tots els actors que intervenen en el procés.

En aquest apartat pretenem una aproximació a aquests eixos de debat bioètic. Els dos primers punts (la nova concepció de la salut i el paper del fetus

---

<sup>452</sup> En aquest sentit una de les obres més destacables és: Tong, R, *Feminist approaches to bioethics*; Colorado, Westview Press, 1997, però també podem citar Marsico, G. *Bioética: Voces de mujeres*; Madrid, Narcea, 2003 o Dickenson, D.L., *Ethical issues in maternal-fetal medicine*; Cambridge, University Press, 2002.

en la relació assistencial) seran abordats en aquest capítol, però donada la importància quantitativa de les diferents tecnologies reproductives, caldrà tractar-los de forma més extensa i és per això que dedicarem una part considerable de la nostra argumentació de forma separada en dos capítols en els quals abordarem les tecnologies sanitàries aplicades durant l'embaràs i aquelles disponibles per a l'assistència al part; atesa la gran quantitat de tecnologies i pràctiques sanitàries d'atenció al naixement, ens centrarem només en les que afecten la majoria de dones; és a dir, aquelles tècniques i procediments que s'apliquen de forma habitual en l'assistència a l'embaràs i els parts fisiològics. Finalment, en un quart capítol abordarem la qüestió del gènere i intentarem desemmascarar les relacions de poder pròpies de l'assistència obstètrica. En aquest punt aprofundirem en el dilema entre tecnologia i deshumanització en l'assistència sanitària a la maternitat i ens interrogarem sobre si és la tecnologia la responsable de la deshumanització de l'assistència o si darrere d'aquesta s'hi amaguen unes conductes patriarcals i dominants en front de les dones al llarg del procés de la maternitat.

Abans, però, ens concentrarem en els dos primers eixos argumentatius: els nous conceptes de *salut* i *malaltia* desenvolupats al llarg del segle XX, i els límits entre beneficència i autonomia en l'assistència a embaràs i naixement, amb especial èmfasi a l'anomenat *conflicte maternofetal*; en aquest punt haurem d'aprofundir en la relació i consideració que adquireix el fetus en la relació assistencial.

### 3.1. Els nous conceptes socials de *salut* i *malaltia*

Al llarg del segle XX, i a causa del procés de medicalització de la vida, es produí un intens debat epistemològic que intentava donar una nova definició de la *salut* i la *malaltia*, que s'integrés en la nova concepció social. La salut depassà l'àmbit sanitari i es convertí en un concepte global. L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el preàmbul de la seva constitució, definí la *salut* com:

«La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no tan sols d'absència de malaltia. La possessió del millor estat possible de salut que s'és capaç d'obtenir constitueix un dels drets fonamentals de tot ésser humà».<sup>453</sup>

Aquesta definició conté una sèrie d'elements que en el seu moment foren innovadors: la consideració de la salut des d'una perspectiva positiva i no tan sols com l'absència de malaltia, i la introducció del concepte social com a element imprescindible per al benestar. La salut es configurà com un estat dinàmic i relatiu; el pas del temps, però, ha comportat nombroses crítiques a la definició de l'OMS, degudes principalment al fet, que si bé presenta un objectiu clar, aquest és difícilment assequible per als països en vies de desenvolupament, a més no té en consideració la responsabilitat individual en la consecució de la salut, ja que la defineix exclusivament com a dret individual. A partir de llavors, s'han elaborat diverses definicions de *salut* que tenen present les desiguals condicions socials dels diferents grups humans i que consegüentment accepten

---

<sup>453</sup> Organización Mundial de la Salud., *Carta Fundacional*; Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1948. “ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado posible de salud del que se es capaz de obtener constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”

una definició més relativa i menys utòpica, en aquest sentit.<sup>454</sup> Hernán San Martín (1985) elaborà una definició de salut menys utòpica i més aplicable a la planificació racional; segons la seva definició la salut és:<sup>455</sup>

«Un fenomen psicobiològic i social dinàmic, relatiu i molt variable en l'espècie humana. Correspon a un estat ecològicofisiològic i social d'equilibri i adaptació de totes les possibilitats de l'organisme humà en front de la complexitat de l'ambient social. En aquest concepte de salut s'hi troben tres aspectes a tenir en consideració: un component subjectiu (el benestar), un altre d'objectiu (la capacitat per a la funció) i un de tercer de tipus psicosocial (l'adaptació social de l'individu)».

La medicalització de la vida ha comportat que fossin considerades malalties situacions fisiològiques com l'embaràs, el climateri o la vellesa, així com condicions socials com l'alcoholisme o els problemes d'aprenentatge. Aquesta

---

<sup>454</sup> A casa nostra, l'any 1976 el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana acordà que qualsevol definició de la salut havia de ser oberta, en permanent discussió i en últim terme fruit d'un debat col·lectiu. En aquest Congrés es va proposar com a definició de Salut: "Salut és aquella forma de viure que és autònoma, solidària i joiosa." Aquesta definició té en compte tres conceptes fonamentals: a) L'autonomia que implica llibertat en les eleccions i per tant inclou el dret a estar informat i a ser crític, és a dir a ser responsable i adult; b) La solidaritat, doncs la realització personal i autònoma de cadascú no és possible sense la col·laboració dels altres. Donat que l'individu es desenvolupa en societat, elements com la justícia, la pau, el domini de la natura i conseqüentment de les malalties, són funcions fonamentalment socials, i per tant solidàries; c) La joia, entesa com aquell estat d'ànim que possibilita una relació positiva entre el individu i l'entorn. Una forma de vida sana implica una adaptació positiva al medi, tant des del punt de vista biològic, com psíquic i social.

<sup>455</sup> San Martín, H., *La crisis mundial de la salud*; 2ª ed. Madrid, Editorial Ciencia 3, 1985, p. 23. "Un fenómeno psico-biológico y social dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico-fisiológico y social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. En este concepto de salud hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función), y un tercero de tipo psico-social (adaptación social del individuo)."

medicalització de la vida ha comportat un intens debat des de diferents sectors socials, inclòs el mateix sector sanitari.<sup>456</sup> Aquest debat epistemològic i social ha afectat de ple el camp que ens ocupa: el procés del naixement i la seva assistència. L'embaràs i el part constitueixen processos fisiològics en la vida de les dones que s'inscriuen en un context històric i social que en determinen el seu significat simbòlic en l'imaginari col·lectiu.

Com hem vist anteriorment, fou al llarg del segle XX quan es produí una forta medicalització del fet reproductiu, que adoptà diferents formes i models segons països i regions. Alguns adoptaren models decidits de fort desenvolupament tecnològic, mentre que d'altres optaren per polítiques i pràctiques assistencials més respectuoses amb la fisiologia. A la fi del segle XX i inici del XXI algunes veus qüestionen aquesta medicalització dels processos fisiològics de la vida i defensen un retorn a pràctiques més respectuoses amb la fisiologia de l'embaràs i part. No obstant això, en aquests moments aquestes veus són encara minoritàries i malgrat la seva potència no poden aplicar-se al conjunt de la massa social. El retorn a un model més respectuós amb la fisiologia no pot efectuar-se al marge dels avenços aconseguits fins al moment; la relació assistencial al llarg del procés procreatiu s'ha transformat de forma definitiva al llarg del segle XX; les possibilitats d'accés a l'interior de l'úter gestant ha configurat una nova relació entre el fetus i el personal sanitari, la possibilitat d'induir el part de forma farmacològica o el control i supressió del dolor per diferents mitjans configuren una nova realitat. Per tant, qualsevol canvi o retorn a una atenció menys intervencionista s'ha de preveure dins d'aquest nou paradigma.

---

<sup>456</sup> L'any 1979 la revista mèdica BMJ (British Medical Journal), des del propi comitè editorial confecciona una llista de les vint "no malalties", és a dir d'aquelles situacions que sense tenir les característiques necessàries per tal de ser considerades malalties, s'havien medicalitzat. El primer lloc en aquesta llista era per l'envelliment; el part ocupava el lloc onzè i l'embaràs el divuitè. Vid. Simth, R., In serach of "non-disease"; *BMJ*, 324(2002). Disponible on line: <http://www.bmj.com>. Consulta el 9 d'agost de 2007.

### **3.2. Els límits entre beneficència i autonomia. *Conflicte maternofetal?***

Com ja s'ha comentat, els avenços tecnològics produïts al llarg del segle XX han facilitat un accés a l'interior de l'úter gestant i a l'estat del fetus que ha canviat la perspectiva de l'atenció sanitària. Aquest procés ha facilitat un canvi en la visió de l'embaràs. Des d'una visió d'unicitat, en la qual la dona embarassada i el seu fetus constituïen una sola entitat, s'ha evolucionat a una visió dualista, en la qual l'obstetra, la llevadora o l'ecografista es preocupen per l'estat i el benestar del fetus,<sup>457</sup> al qual se'l considera un pacient. L'accés al fetus, però, s'ha de fer mitjançant el cos de la dona embarassada que de vegades adquireix la simbologia de simple contenidor del fetus en desenvolupament. Tanmateix, el nombre de tecnologies disponibles per a l'atenció al part permeten que una dona sana que presenta un part normal pugui afrontar-lo amb alts índexs de seguretat des d'una assistència poc intervencionista, sense ús de tecnologies, o bé que pugui afrontar-lo usant diferents pràctiques i tècniques: des de la programació del part mitjançant una inducció o una cesària electiva, a l'adopció de diferents mètodes per alleujar el dolor o afrontar les sensacions de desconfort.

Durant l'embaràs i el part pot succeir que en determinades circumstàncies la dona prengui una decisió que el personal sanitari pot considerar perjudicial per a la salut del fetus; per exemple, una llevadora pot considerar que hi ha un conflicte maternofetal quan una dona rebutja realitzar-se la determinació de l'HIV durant el seguiment de l'embaràs.<sup>458</sup> La llevadora pot ser de l'opinió que, tenint a l'abast un tractament molt efectiu per tal d'evitar el contagi maternofetal qualsevol mare té aquest deure en relació amb el seu fetus, ja que ella mateixa ha decidit

---

<sup>457</sup> Recordem que la medicina fetal, adquireix consideració de sub-especialitat mèdica.

<sup>458</sup> En el protocol de Seguiment de l'embaràs de Catalunya es recomana oferir la determinació de l'HIV a totes les dones embarassades durant el primer trimestre, encara que no hi hagi cap factor de risc. En el cas que es tingui constància de l'existència de parelles anteriors, el risc d'haver estat exposat a l'HIV augmenta.

portar a terme el seu embaràs; la llevadora estarà convençuda que aquesta prova està especialment indicada durant l'embaràs i que és imprescindible si la dona gestant i/o el seu company han tingut diverses parelles anteriors i podrien, per tant, haver estat exposats a l'HIV.

Un altre cas podria donar-se quan una dona durant el treball de part presenta alteracions del patró de la freqüència cardíaca fetal, que fan sospitar una pèrdua del benestar fetal, i només està a tres centímetres de dilatació; l'obstetra recomana la realització d'una intervenció cesària per a l'extracció del fetus, però la dona es nega a aquesta pràctica. L'obstetra se sent obligat cap al fetus, que pot patir seqüeles neurològiques importants si el part es deixa evolucionar.

També podem citar el cas d'una embarassada de trenta-quatre anys que ha de tenir el seu primer fill, i que en els últims mesos d'embaràs sol·licita una cesària sense indicació mèdica perquè té por del possible dany que a llarg termini li pot causar en la musculatura del sòl de la pelvis sotmetre's a un part vaginal i prefereix corre el risc immediat que comporta una cesària, tant per a ella com per al fetus, al possible risc de prolapse i incontinència urinària que a llarg termini pot suposar-li una relaxació de la musculatura pelviana.

Cada un d'aquests casos presenta connotacions diferents que anirem abordant al llarg d'aquest treball, però en tots aquests el metge i/o la llevadora estan davant d'un dilema ètic. El personal sanitari enfronta el seu deure d'atenció cap a la mare en front del deure de procurar el benestar fetal i voldrien que la dona embarassada acceptés de sotmetre's a aquelles pràctiques sanitàries que aconsellen els protocols segons les millors evidències disponibles. L'obligació del professional ha de ser el respecte a l'autonomia de la dona, o han de promoure aquell comportament que pugui comportar un major benefici fetal? El conflicte maternofetal apareix quan els interessos de la dona embarassada (definites des de la perspectiva de la mateixa dona), entren en conflicte amb els interessos del

fetus (definit des de la perspectiva del metge o la llevadora).<sup>459</sup> El professional percep que el principi de beneficència entra en conflicte amb el principi d'autonomia. Considerem convenient, per tant, fer un repàs de la definició d'aquests principis en obstetrícia, així com considerar la complexitat afegida que suposa la presència d'un fetus i que converteix la relació dual metge-pacient en una tríada metge-embarassada-fetus.

### 3.2.1. El principi de beneficència

Durant segles la moralitat a seguir en la pràctica clínica ha marcat l'obligació del professional d'actuar protegint els interessos del pacient. *El principi de beneficència* és definit per Beauchamp i Childress (1999), com una obligació d'ajudar els altres a promoure els seus interessos importants i legítims.<sup>460</sup> Però els interessos del pacient poden definir-se des de dues perspectives: la del professional i la del pacient. La més antiga d'aquestes dues perspectives fa èmfasi en la perspectiva del professional. El professional, gràcies al coneixement científic, l'experiència clínica i un estudi i seguiment curós de cada cas, està capacitada per tal d'identificar les estratègies clíniques que amb una major probabilitat donaran resposta als interessos relacionats amb la salut del pacient. Aquests inclouen la prevenció d'una mort prematura, la cura o el tractament de les malalties i l'abordatge de la deficiència, el dolor o el patiment innecessaris. Aquestes activitats constitueixen interessos relacionats amb la salut del pacient en funció de les competències de la medicina com a institució social. Per tant, els

---

<sup>459</sup> Sozos, J., Fasouliotis, M.D., Joseph, G., Schenker, M. D., Maternal-fetal conflict; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89(2000), pp. 101-107.

<sup>460</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *Principios de ética biomèdica*; Barcelona, Masson, 1999<sup>4</sup>, p. 246.



interessos del pacient, des d'aquesta perspectiva no s'estableixen des del punt de vista personal i subjectiu del professional sanitari, sinó mitjançant el raonament clínic.<sup>461</sup> El professional es posiciona en tant que agent social que dóna atenció sanitària. Per tant, una bona praxi i una interpretació correcta del principi de beneficència l'ha de posicionar en el reconeixement d'aquelles pràctiques que tenen el suport de la millor evidència mèdica disponible.

El principi de beneficència que té una antiga tradició en l'ètica mèdica occidental, almenys des dels temps d'Hipòcrates, obliga els professionals a identificar aquelles estratègies d'acció que s'espera que proporcionin un millor balanç de beneficis, sobre perjudicis. En el cas de l'embaràs i el part normals aquestes decisions en moltes ocasions estan estandarditzades en protocols elaborats per les mateixes societats de professionals i editats per les autoritats sanitàries, amb la finalitat de poder proporcionar una atenció homogènia i de qualitat.<sup>462</sup> Els professionals han de conèixer perfectament aquests protocols i demostrar competència professional identificant aquelles pràctiques sanitàries que tenen el suport de la millor evidència científica disponible i oferir-les a les dones durant l'embaràs i el part. Aquestes pràctiques sanitàries el professional les ha d'oferir acompanyades de la informació necessària per tal que la dona pugui entendre'n la naturalesa i els beneficis, i consegüentment pugui donar un consentiment vàlid a la realització de cadascun dels procediments.

---

<sup>461</sup> En l'atenció a l'embaràs i el part normals existeixen protocols i guies d'actuació que han estat elaborats per consens de les diferents societats professionals implicades i en els que es recomanen aquelles pautes d'actuació d'acord amb la millor evidència científica disponible. Aquest protocols d'atenció a l'embaràs i al part han estat acceptats i publicats per les corresponents autoritats sanitàries. Els professionals doncs s'han de limitar a aplicar aquests protocols, és a dir, ha d'actuar com agents socials, i el seu bon fer professional consisteix en contextualitzar aquestes recomanacions per tal d'aplicar-les a cada cas en concret.

<sup>462</sup> Com hem anat esmentant, en el cas concret de Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat ha editat un Protocol de seguiment de l'embaràs i un Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó; recentment s'ha editat un Protocol per a l'assistència natural al part normal, per tal de donar atenció a aquelles dones i parelles que desitgen una atenció al part no medicalitzada.

En obstetrícia, el principi bioètic de beneficència s'ha de distingir del principi de no-maleficència, comunament anomenat com *primum non nocere*, o *primer no fer mal*. Per a alguns professionals aquest principi és fonamental en la pràctica obstètrica, ja que tracten amb un estat de salut. Cal tenir en compte que pràcticament tots els actes mèdics (especialment en un moment d'alta tecnificació) impliquen un inevitable risc de fer mal. Per exemple, l'ecografia obstètrica presenta una sèrie de riscos, que si bé com explicarem són bàsicament teòrics, no tenim garanties absolutes que siguin nuls. A més, sabem que hi ha riscos morals associats a l'ecografia obstètrica, com per exemple quan la seva pràctica comporta haver de prendre una decisió relacionada amb la interrupció de l'embaràs. Per tant, si el principi de no-maleficència fos el primer i fonamental a tenir en compte en l'ètica obstètrica, llavors, la generalització de l'ecografia constituiria una pràctica no ètica. El principi de no-maleficència ha de ser ponderat amb la resta de principis bioètics i molt especialment amb el principi de beneficència. Evidentment quan en aquesta ponderació un acte mèdic presenta més perjudicis que beneficis per a una pacient, aquest acte no s'ha de recomanar i s'ha de desaconsellar.

### **3.2.2. El principi de respecte a l'autonomia del pacient**

La perspectiva del professional sanitari sobre els interessos de la pacient no és l'única perspectiva legítima. La perspectiva de la dona embarassada sobre els seus interessos és com a mínim tan respectable com la del professional sanitari. Cada dona desenvolupa al llarg de la seva vida uns valors i creences d'acord amb els quals es formarà els seus propis judicis en relació amb allò que afavoreix o no els seus propis interessos. Una dona que arriba a l'edat de la maternitat ha realitzat ja decisions importants sobre temes especialment

complexos; per exemple, ha escollit una professió, ha firmat contractes hipotecaris, ha decidit tenir un fill, pot haver-se sotmès a intervencions quirúrgiques de cirurgia estètica i, en algun cas, pot haver signat un testament. Es tracta de decisions complexes en les quals cada dona i la societat mateixa (mitjançant el reconeixement legal dels seus drets) considera que és competent per prendre-les.

És important tenir en compte que aquestes decisions dels pacients, i en el nostre cas de les dones, són afrontades partint d'uns valors i creences que poden trobar-se allunyades de l'àmbit dels interessos relacionats amb la salut; per exemple, poden basar-se en la importància de mantenir una certa imatge del seu cos, la seva idea simbòlica de la maternitat, o recolzar-se en conviccions socials o religioses. La dona s'ha format una perspectiva d'allò que configura els seus propis interessos.

El significat ètic d'aquesta perspectiva és recollida pel principi d'autonomia. Segons aquest principi tota persona adulta, en una situació normal, és autònoma i lliure de conduir la seva vida com cregui més convenient i les lleis li reconeixen això com un dret fonamental perquè constitueix el nucli de l'entitat moral de la persona. *Autonomia* vol dir capacitat d'autogovern, que inclou la comprensió, el raonament, la reflexió i l'elecció independent.<sup>463</sup>

Aquest principi obliga el professional sanitari a respectar la integritat dels valors i creences de la pacient, a respectar la seva pròpia perspectiva sobre els seus interessos i a utilitzar únicament les estratègies clíniques autoritzades per la pacient com a resultat d'un procés de consentiment informat. El respecte a l'autonomia s'incorpora a la pràctica clínica mitjançant el procés del consentiment informat. Cap intervenció mèdica preventiva, diagnòstica o terapèutica pot efectuar-se sense haver obtingut el consentiment previ, lliure i informat de la

---

<sup>463</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *op. cit.*, p. 114.

persona interessada, basat en la informació prèvia adequada.<sup>464</sup> El component de consentiment fa referència a la decisió voluntària de sotmetre's o no a una intervenció o prova proposada. Els components analítics del consentiment informat inclouen: a) competència, b) exposició, c) comprensió, d) voluntarietat i, finalment, e) consentiment.<sup>465</sup>

Davant d'un pacient adult i competent (la pràctica totalitat de dones que accedeixen a la maternitat són persones adultes i competents), els components analítics del consentiment informat es poden agrupar en dos moments fonamentals: l'informatiu i el de consentiment.<sup>466</sup>

El component informatiu consisteix a exposar la informació pertinent, la qual ha de ser vertadera, adequada i basar-se en els coneixements científics i tècnics que el professional ha d'explicar al pacient; aquesta informació a més ha de ser correctament entesa, per tal que el pacient pugui formular el seu consentiment o rebuig a l'actuació mèdica. Intervé, per tant, un element intermedi entre la informació i la decisió: la comprensió. La transmissió d'una informació suficient i comprensible és essencial per tal que la dona pugui prendre una decisió fonamentada en els seus propis valors, però donada l'alta complexitat de la medicina obstètrica, aquest punt no està desproveït de dificultats.<sup>467</sup> Com

---

<sup>464</sup> Article 6 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2005. Aquest principi es troba recollit en la legislació espanyola: *La ley General de Sanidad*, de 1986 que en el seu article 10 recull el dret a escollir per part del pacient entre les diferents opcions que li presenti el responsable mèdic, excepte en els casos de perill per la salut pública, incapacitat o risc vital davant d'una intervenció urgent. El principi d'autonomia es fa encara més evident en la llei 21/2000, de Catalunya, sobre els drets de la informació relatiu a la salut, l'autonomia del pacient i la documentació clínica. Tanmateix la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* recull aquest mateix principi i el fa extensiu a l'àmbit nacional.

<sup>465</sup> Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *op. cit.*, p. 137.

<sup>466</sup> *Ídem.*

<sup>467</sup> Aquestes dificultats són encara més importants quan les cultures de procedència de les dones i dels professionals són diferents. Per a un més ampli coneixement del tema es pot consultar: Boladeras, M.,

anirem exposant a continuació, són moltes les tècniques diagnòstiques que els professionals sanitaris han d'oferir a les dones embarassades durant la gestació i el part. Aquestes pràctiques estan protocol·litzades i repartides al llarg de les visites de seguiment d'embaràs o durant l'assistència al part. Aconseguir una exposició clara, suficient i comprensible de cada una de les proves durant el temps que dura una visita de seguiment d'embaràs o assegurar-se de la comprensió adequada de les esmentades explicacions, durant un moment emocional tan intens com és el procés del part, presenta certes dificultats pròpies i específiques de l'assistència sanitària al naixement que no poden ser extrapolades a altres moments assistencials.

La informació sanitària pot transmetre's segons diferents models:<sup>468</sup> el professional sanitari pot donar la informació d'una forma neutra i estrictament informativa, i no sentir-se en absolut responsable de la decisió final de la dona; o pot fer-ho en forma de recomanacions i fins i tot intentant la persuasió respectuosa, quan les preferències de la dona entren en contradicció amb allò que la bona praxi aconsella com a bones pràctiques obstètriques, tant per a la mare com per al fetus. Aquest segon supòsit no exclou que qualsevol intervenció medicosanitària que s'efectuï en una dona embarassada ha d'acollir-se al compliment del principi d'autonomia i basar-se en un consentiment informat degudament obtingut.

Finalment, la decisió suposa l'acceptació lliure i sense coacció, per part de la dona, de les pràctiques proposades o el seu rebuig informat en cas de negativa.

---

(coord.), *Consentimiento informado y diversidad cultural*; Fundació Grífols i Lucas, Barcelona, 2008. Vid., també: Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, *Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut*; Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2007. També es pot consular al respecte: Bilbeny, N., *Ética intercultural. La razón práctica frente a los retos de la diversidad cultural*; Barcelona, Ariel, 2004.

<sup>468</sup> Dels diferents models d'atenció sanitària i les seves consideracions ètiques se'n farà referència en un apartat posterior.

### 3.2.3. La presa de decisions en el context d'assistència al naixement

En la majoria de casos i situacions clíniques hi ha una recomanació clínica clara sobre quina és la millor intervenció en un determinat cas i, a més, es presenta sinergia entre aquesta perspectiva basada en el principi de beneficència i la pròpia visió de la dona fonamentada en el principi d'autonomia. Llavors, ambdues visions (la del professional i la de la usuària) coincideixen i no es presenta cap tipus de problemàtica en la presa de decisions. Chevernak i McCullough(2005)<sup>469</sup> distingeixen dos grups d'intervencions mèdiques, en el camp de l'assistència obstètrica. En primer lloc, aquelles que presenten un benefici clínic clar, i sobre les quals consideren que el professional té una obligació clara de recomanar-les als pacients, fins i tot intentant una persuasió respectuosa, com per exemple la quimioteràpia en el cas d'una malaltia trofoblàstica.<sup>470</sup> Un segon grup d'intervencions obstètriques en què el benefici no pot determinar-se partint del criteri clínic, ja que des del punt de vista mèdic hi ha diverses alternatives vàlides: un exemple podríem trobar-lo en l'opció entre un mètode contraceptiu temporal o una esterilització definitiva; en aquest cas, el professional ha de presentar i oferir totes les alternatives i la decisió ha de basar-se exclusivament en l'autonomia del pacient (segons els seus valors i preferències).<sup>471</sup>

---

<sup>469</sup> Chevernak, F.A., McCullough, L.B., Ética médica; a Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecologia*; Punta de Santa Fe, McGraw-Hill Interamericana, 2005<sup>9</sup>, pp. 1097-1113.

<sup>470</sup> Una malaltia trofoblàstica també anomenada mola hidatiforme és una patologia caracteritzada per una proliferació anormal del trofoblast, que compren lesions benignes i lesions amb un alt grau de malignitat. La majoria d'aquestes lesions es resolen espontàniament, tot i que algunes d'elles produeixen invasió local i altres metàstasis a distància. Vid: González-Merlo, J., Lejárcegui, J.A., Puerto, B., *Enfermedad trofoblástica gestacional*; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, E., *op. cit.*, pp. 471-586.

<sup>471</sup> En aquest punt els professionals poden actuar com a simples tècnics facilitadors de la informació o ajudar a la pacient en la determinació de la millor opció d'acord amb els seus valors. Dels diferents models d'atenció en parlarem més endavant.

Però en qualsevol actuació mèdica pot aparèixer conflicte quan els judicis clínics basats en la beneficència no coincideixen amb els judicis fonamentats en l'autonomia del pacient. Com que els principis bioètics són considerats *prima facie*, les controvèrsies suscitades per a determinar la primacia d'un o altre principi han d'equilibrar-se i ser negociades en cada un dels casos específics. La persona pot negar la seva autorització a una pràctica recomanada des de la perspectiva del millor benefici clínic. En aquest cas és necessària la realització acurada d'un refús informat. Es tracta d'una obligació legal i ètica que en obstetrícia té el seu precedent en el cas Truman versus Thomas que es desenvolupà a Califòrnia l'any 1980: el Dr. Thomas havia assistit diversos parts de la senyora Truman i en l'últim li va recomanar realitzar-se una citologia cervical de Papanicolau, la Sra. Truman s'hi va negar, fins que la pogués pagar, fins i tot va refusar l'oferta del Dr. Thomas de fer-li de forma gratuïta; després d'un cert temps la Sra. Truman acudí a la consulta del Dr. Thomas afectada d'un càncer del coll uterí del qual va morir. Els seus successors van formular una demanda i el Tribunal Suprem de Califòrnia considerà que el Dr. Thomas tenia criteris clínics importants que li feien suposar un alt risc de desenvolupament de càncer de coll d'úter per part de la Sra. Truman i que no els hi va transmetre, per tant la Sra. Truman va refusar l'ofertament sense disposar de tota la informació clínica rellevant. L'obligació ètica i legal relacionada amb el refús informat inclou que el professional ha d'informar l'usuari de forma directa, no hostil ni desagradable, dels riscos mèdics que corre quan declina una intervenció diagnòstica o terapèutica formulada d'acord amb un judici clínic basat en el benefici. Els riscos a explicar són tots aquells rellevants en el judici clínic. Si són rellevants per al metge, o professional sanitari, són importants i els ha de revelar a l'usuari. La bona pràctica ètica recomana que aquesta revelació s'acompanyi d'una recomanació per tal que l'usuari torni a considerar la seva opinió. El professional pot tornar-lo a citar, sempre des del màxim respecte envers les seves decisions, després d'uns dies, per tal de mantenir les línies de

comunicació obertes i manifestar una mostra sòlida de preocupació envers el pacient, fins i tot en cas de discrepància.

Però queda encara pendent un tercer supòsit: en obstetrícia es produeixen, de vegades, demandes d'assistència que no estan justificades des de la perspectiva basada en el benefici clínic; en aquest cas, Chevernak i McCullough recomanen que no s'han d'oferir proves diagnòstiques o tractaments que no presentin un benefici clínic clar; tanmateix, en cas que la usuària les demandi, el professional ha d'explicar-les clarament sense recomanar-les. En cas de persistència per part del pacient, llavors el professional pot consultar-ho a altres col·legues o al comitè d'ètica del centre sanitari, que ha de tenir una clara postura sobre el tema. En aquest cas, però, caldrà tenir en compte si aquestes pràctiques poden presentar algun perjudici per a la salut o senzillament no presenten benefici des de la perspectiva clínica, però tampoc poden esperar-se perjudicis remarcables. En aquest segon supòsit podríem considerar les demandes d'ecografies en tres o quatre dimensions o la sol·licitud d'un nombre d'ecografies superior a les clínicament recomanades. En aquesta situació caldria tenir en compte la qüestió dels costos de les proves suplementàries i l'afectació que la seva realització podria tenir en el principi de justícia, per tal de repartir equitativament els limitats recursos econòmics destinats a la sanitat. També podríem afegir en aquest supòsit les demandes de cesàries electives per part d'aquelles dones que no volen sotmetre's a un procés de part, o les demandes d'inducció del part per tal de programar el naixement. Més endavant insistirem en les peculiaritats d'algunes de les pràctiques assistencials, que poden presentar importants matisacions a aquesta argumentació.

En tots els casos i exemples exposats, el professional té una vinculació i una relació de confiança en relació amb la mare, però se sent obligat a procurar i vetllar pel bon desenvolupament fetal. Cal, per tant, reflexionar sobre aquesta situació especial que es dona durant la gestació. En aquest punt cal considerar quina consideració mereix el fetus per al personal sanitari.



### 3.2.4. El significat del fetus en la presa de decisions

Evidentment, tal com hem explicat, hi ha obligacions professionals basades en la beneficència i basades en l'autonomia de la pacient, en el nostre cas la dona embarassada o la partera. La perspectiva de la millor pràctica obstètrica disponible proporciona la base de les obligacions del professional envers la dona embarassada. La pròpia perspectiva de la dona gestant sobre els seus propis interessos proporciona la base de les obligacions del professional relacionades amb el principi d'autonomia.

Un raonament fortament debatut en la literatura bioètica és la determinació de l'estatus moral del fetus. Per tal de determinar si cal considerar el fetus com a pacient s'ha debatut si el fetus presenta un estatus moral independent. S'han citat una gran varietat de característiques per defensar aquesta consideració. S'ha defensat l'atorgament d'estatus moral des del moment de la concepció, de la implantació, des d'algun moment del desenvolupament del sistema nerviós central, des de la percepció dels moviments fetals o des del moment del naixement. No hi ha consens a pesar de l'alt nombre de publicacions teològiques i filosòfiques en la determinació de l'estatus moral del fetus. De fet, la majoria de les societats, al llarg de la història, han distingit de forma tradicional dues etapes al llarg de l'embaràs, segons si es considera l'estatus de l'embrió i/o del fetus. La distinció fonamental resideix a fixar el moment en què el fetus comença a ser considerat humà i que consegüentment comporta una pèrdua de capacitat de la pròpia dona per tal de posar fi al seu embaràs. Aquest fet s'ha discutit en totes les societats al llarg dels segles. En la comunitat d'aborígens de Malàisia<sup>472</sup> no es considerava el fetus un ésser humà fins al cinquè mes de la gestació. La normativa religiosa del cristianisme també ha debatut, al llarg dels segles, el

---

<sup>472</sup> Laderman, C., *Wives and Midwives. Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*; Bekerley, University of California Press, 1983.

moment en què l'embrió era dotat d'ànima.<sup>473</sup> Aquesta llarga discussió, sobre el desenvolupament embrionari, patí un canvi important amb la medicalització progressiva de l'embaràs i l'aparició de les cures prenatales. La professió mèdica ha posat un fort èmfasi, des de l'inici de la seva presència en el control prenatal, en establir per mitjans objectius l'estadi de desenvolupament de l'embaràs. Recordem en aquest sentit l'ús, fins i tot perjudicial, dels raigs X a l'inici del segle XX. A l'Anglaterra del segle XIX<sup>474</sup> (Narotzky, 1995) la penalització de les pràctiques abortives anà lligada a la consolidació de l'estatus de la professió mèdica i del seu accés al control prenatal. Al mateix temps que exercien pressió sobre llevadores i apotecaris, per tal de penalitzar les seves pràctiques abortives, establiren criteris per definir *l'avortament terapèutic*. En definitiva, acabaren establint, d'una banda, una autoritat mèdica decisòria sobre la dona embarassada i, de l'altra, una relació clara de medicina fetal en la qual el fetus es transforma en pacient.

Aquest debat es viu en la nostra societat partint de l'actual llei de despenalització de l'avortament, les demandes judicials que sobre l'aplicació

---

<sup>473</sup> *Ídem*. La doctrina patristica, si bé reprovava l'avortament en tots els casos, discutia a partir de quin moment s'havia de considerar un homicidi i fins quan només es tractava d'un acte reprobable. L'església d'orient, des del segle IV, condemnà l'avortament sense distingir en les etapes de formació del fetus. L'església llatina, en canvi, es mostrà menys clara durant molts segles; les seves referències embriològiques es basaven en Aristòtil que distingia diferents etapes en la formació de l'embrió: Una primera fase d'uns set dies en la que es formava una espècie d'ou, una segona etapa d'uns quaranta o cinquanta dies, des de la concepció (segons es tractés d'un embrió masculí o femení), en la qual l'embrió adquiria forma, i finalment una última etapa que durava fins el moment del part, en la que es desenvolupaven els òrgans i els membres. Des del segle IV, alguns autors, i després Sant Jeroni i Sant Agustí defensaren que l'ànima no existia en l'embrió mentre aquest no es trobés format, és a dir fins a quaranta dies després de la concepció. Per tant, es considerava homicidi només el d'un fetus animat. Tant els teòlegs com la moral medieval reprimien amb menys intensitat l'avortament al inici de l'embaràs.

<sup>474</sup> Per a una visió més amplia del tema es pot consultar: Narotzky, S., *Mujer, mujeres, genero. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*; Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas., 1995.

d'aquesta s'han produït, així com les continuades demandes des de certs sectors socials d'ampliació a un quart supòsit en el qual la decisió pugui basar-se en l'autonomia de la dona i no en la prescripció mèdica. Però en aquest treball no pretenem aprofundir en un tema tan debatut com és el de l'avortament, sinó que només pretenem determinar el paper que per als professionals sanitaris ha de tenir el fetus al llarg de les consultes de seguiment d'embaràs o durant l'atenció al part. És la dona gestant la que acudeix davant del personal sanitari per tal que aquests tinguin cura del seu embaràs i/o del seu part, i espera obtenir una atenció de qualitat que l'ajudi a finalitzar amb èxit el seu procés procreatiu. Per tant, la relació assistencial i els compromisos que comporta s'estableixen entre el professional i la dona gestant. Podem suposar que la majoria de dones gestants, i també les seves parelles, desitgen una gestació i part sense complicacions i amb bons resultats de salut tant per a la mare com per al fill. Per tant, esperen que els professionals tinguin cura de la salut de la mare i vetllin per un bon desenvolupament del fetus.

Per a Engelhardt (1995), per tal de comprendre la categoria moral de l'inici de la vida biològica humana necessitem examinar la importància que té aquesta vida per a les persones com a agents morals. Si el fetus humà ocupa una posició moral més elevada que un animal amb un nivell de desenvolupament similar, és des d'una perspectiva secular, perquè la seva vida té importància per a la dona que l'ha concebut, per a altres persones del seu entorn a les quals pot interessar, i per a la futura persona que resultarà del fetus en el futur.<sup>475</sup> Seguint les argumentacions d'Engelhardt, el valor del fetus es determina per les persones a les quals pertany el fetus. El fetus d'una dona que vol tenir un fill adquireix una consideració significativa; el seu interès i amor, juntament amb el d'aquells que la rodegen, li donen valor. La mare, el pare, els avis, etc. poden conferir un gran

---

<sup>475</sup> Engelhardt reconeix que aquesta comparació entre el fetus i els animals pot semblar absurda a les persones amb fortes conviccions religioses que censuren l'avortament, però es una convicció present en els codis penals seculars que permeten avortar però no permeten la tortura dels animals. Vid. Engelhardt, H., T., *Los fundamentos de la bioètica*; Barcelona, Paidós, 1995, p. 276.

valor a un determinat embrió o fetus, però també pot succeir el contrari: a causa de determinades circumstàncies de la concepció, o a les previsibles circumstàncies del naixement o bé perquè el fetus sigui deficient o malformat, pot succeir que li confereixin un valor negatiu. En aquest cas el fetus és tingut en compte com una cosa amenaçadora i perjudicial. Des d'una moral secular són les persones les que donen valor als embrions i fetus. Són els pares, i molt especialment la mare (que és qui aporta una major inversió energètica), els que han produït l'embrió i fetus, i per tant des d'aquesta argumentació és a ella a qui pertanyen les decisions que s'han de prendre en relació amb el fetus. El fetus pertany a la mare fins que prengui possessió de si mateix com a entitat conscient, fins que la comunitat social li atorgui una categoria de persona en el si de la comunitat. Les decisions relatives a l'embrió i fetus quedarien, doncs, des de la perspectiva d'Engelhardt dins de l'àmbit privat i pertanyen únicament als pares i molt especialment a la mare.

Aquesta argumentació contrasta amb el sentiment que la majoria de professionals educats en una cultura occidental jueva cristiana senten en relació amb les seves obligacions morals envers els embrions i fetus dels que se senten responsables quan tenen cura de l'assistència a l'embaràs i el part. De fet, en la moralitat secular general hi ha limitacions a allò que està permès fer als fetus. Si una mare decideix seguir endavant amb el seu embaràs, hi ha una creença generalitzada en què ha de mantenir una actitud i comportament raonable que no perjudiqui la futura persona en què es convertirà el fetus. Aquesta obligació moral d'abstenir-se de lesionar aquell fetus, que molt probablement es convertirà en persona, s'ha examinat judicialment sota la rúbrica de *responsabilitat per una vida injusta*.

Els nens són concebuts per raons diverses, poden ser planejats, però rarament ho són pensant en ells mateixos, en tot cas el fonament de la procreació sol justificar-se en el desig d'esdevenir pares, per l'amor i l'estimació que se'n pot aconseguir, per sentir-se acompanyats, per aconseguir mitjançant els fills desitjos propis que s'han frustrat, etc.; moltes vegades els fills no són

explícitament planificats, sinó que són fruit de l'hàbit, la passió o l'accident. La vida pot ser considerada un regal per al nadó, i al llarg de la infantesa tots els nens corren riscos associats als estils de vida dels pares, que no es qüestionen socialment: decidir viure en una gran ciutat comporta uns riscos de contaminació majors que viure en el camp, viatjar sovint pressuposa riscos de patir accidents, etc., però tothom assumeix que els pares realitzen eleccions sospesant riscos i beneficis des de la seva pròpia perspectiva de preferències i valors. No sabem si els fills compartiran el punt de vista dels pares quan siguin adults i si aprovaran les eleccions que els seus pares han fet, però s'entén que aquestes decisions són correctes perquè responen a una particular interpretació de la vida bona per a cada parella, i aquesta visió no és necessàriament compartida per tota la societat. Aquestes decisions segueixen formant part de l'àmbit privat de les persones.

Quan els pares actuen, però, de forma malevolent infringint danys importants de manera que els perjudicis superen en escreix els beneficis, llavors els poders públics estan legítimament justificats per tal d'intervenir i poden retirar als pares la custòdia dels fills. Cal distingir aquesta situació d'aquelles altres en què les dones embarassades poden actuar de forma que els professionals considerin irresponsable, però no malevolent. Engelhardt<sup>476</sup> reconeix dues situacions en les quals es pot considerar legítim que l'estat restringeixi la llibertat d'una dona gestant per tal de protegir la salut del fetus que està a l'interior de l'úter: a) que aquesta actuació sigui malintencionada i b) que l'estat previst per a la futura persona sigui tan desavantatjós que es pugui pressuposar que el nen no voldria viure en aquestes condicions. La violació de qualsevol d'aquestes dues condicions pot suposar la intervenció coactiva de les autoritats judicials. Aquest argument pot justificar el poder coercitiu sobre dones embarassades quan en determinades circumstàncies han estat obligades a sotmetre's a intervencions cesàries en contra de la seva pròpia voluntat. Tanmateix, això no anul·la el dret

---

<sup>476</sup> *Íbid.*, p. 288.

*prima facie* que té tota dona, fins i tot si està embarassada, a prendre les seves pròpies decisions i a no ser molestada quan busca la seva pròpia visió del bé, i aquestes circumstàncies d'intromissió dels poders públics han de ser vertaderament excepcionals.

El nostre ordenament jurídic reconeix a l'article 29 del Codi civil que el naixement determina la personalitat;<sup>477</sup> tanmateix, en la Sentència del Tribunal Constitucional 53/1985, d'11 d'abril de 1985, que donà resposta al recurs d'inconstitucionalitat presentat en contra de la Llei de despenalització de l'avortament reconeix, en el punt 7, que al nasciturus no li correspon la titularitat del dret a la vida, però en tot cas, la vida del nasciturus és un bé jurídic constitucionalment protegit per l'article 15 de la Constitució espanyola.

De les anteriors argumentacions podem concloure que no hi ha obligacions per part del professional sanitari relacionades amb el principi d'autonomia del fetus. Evidentment això no significa que el professional no tingui cap perspectiva relacionada amb la salut del fetus i, per tant, té obligacions professionals basades en la beneficència cap al fetus, que es donen de la naturalesa jurídica de bé protegit del nasciturus i molt especialment de la pròpia relació assistencial que s'estableix partint de l'atenció a l'embaràs i el part. Però quina ha de ser la postura del professional davant d'una pràctica que presenta beneficis amb vista al resultat final de l'embaràs, però que suposa una intervenció molesta, cruenta i no exempta d'efectes secundaris per a la mare? Un exemple podria ser sotmetre el fetus a una cirurgia intrauterina, per intentar pal·liar els efectes desfavorables d'una hèrnia diafragmàtica diagnosticada intrauterinament i que suposa practicar dues intervencions en el fetus, fet que

---

<sup>477</sup> En aquest mateix article se li reconeixen al concebut tots els efectes que li siguin favorables sempre que es compleixin les condicions determinades en l'article 30 en el que es defineix que, a efectes civils, es reputarà com a nascut aquell que tingués figura humana i visqués vint-i-quatre hores totalment després del sinus matern. Resulta sumament indicada la lectura de l'article: Boladeras, M., Vida, vida humana, vida digna; a *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, Universidad Complutense de Madrid, vol 40, 2007, pp. 91-116.

comporta dues intervencions per a la mare, amb el seu consegüent risc. Quin ha de ser el paper del professional? El professional ha d'exposar els arguments a favor i en contra de la forma més neutra possible? O és més ètic intentar aconsellar la mare en la presa de decisions? O fins i tot podríem pressuposar que el professional ha de saber ajudar la dona gestant en la recerca de la millor opció per a ella partint dels seus propis principis i valors? És lícit que un professional no tan sols ofereixi, sinó que recomani la realització d'una pràctica d'aquest tipus? I, finalment, què succeeix quan una recomanació basada en la millor evidència científica disponible i que podria ser beneficiosa per al fetus entra en contradicció amb les decisions de la mare fonamentades en el respecte al seu principi d'autonomia? Per exemple, quan una dona vol una cesària electiva que comporta un augment del risc per a la seva pròpia salut (com tota intervenció quirúrgica) i al mateix temps exposa el nadó a una adaptació a la vida extrauterina més sobtada i, per tant, potencialment més arriscada. Aquest conjunt de preguntes ens porten a repensar com cal abordar la presa de decisions i el consentiment informat dins de la relació clínica d'assistència a embaràs i naixement, i als diferents models de relació que s'han d'establir entre el professional sanitari i la dona embarassada i la seva parella. Embaràs i part suposen moments especialment significatius en la vida de les dones, i les decisions sanitàries han de ser preses en contextos carregats d'emotivitat. Així doncs, qualsevol decisió ha d'ésser abordada amb el reconeixement d'aquesta peculiaritat; per tant, la relació assistencial, la comunicació i la vinculació entre els professionals i les dones es converteixen en temes fonamentals de la relació que tractarem en els capítols següents.





## **4. Reflexions ètiques en relació amb les tecnologies i pràctiques sanitàries d'atenció a l'embaràs**

En aquest apartat pretenem realitzar una anàlisi crítica d'algunes de les proves i anàlisis efectuades al llarg del seguiment de l'embaràs normal, analitzant-les a partir de criteris mèdics i consultant la literatura científica disponible sobre el tema, però volem fer un especial èmfasi a les qüestions socials i ètiques que les acompanyen.

### **4.1. L'ecografia obstètrica**

L'ecografia obstètrica ha marcat un abans i un després en la història de l'obstetrícia del segle XX. Des que Ian Donald l'usà en dones embarassades, durant la dècada dels seixanta del segle passat, l'enfocament de l'obstetrícia ha experimentat un canvi radical. En el nostre àmbit pràcticament totes les embarassades són sotmeses a diversos estudis ecogràfics al llarg de la gestació.

Actualment es difícil imaginar qualsevol diagnòstic obstètric o ginecològic en què no s'usi l'ecografia.

Podem considerar l'ecografia com la innovació tecnològica en obstetrícia que ha tingut una expansió més ràpida. Tanmateix, atès que es tracta d'una tècnica poc invasiva que permet a la dona embarassada, i la seva parella, observar què està succeint en l'interior de l'úter, l'ecografia presenta en aquests moments una alta popularitat entre la població.

L'ecografia obstètrica permet la visualització de la imatge fetal a causa de la capacitat de les ones ultrasòniques de reflectir la imatge fetal. Els ultrasons són ones sonores d'alta freqüència (més de 20.000 cicles per segon o 20 kHz). Aquestes ones no són audibles per a l'oïda humana, però poder ser utilitzades per explorar els teixits de l'organisme. Aquestes ones sonores són generades per transductors piezoelèctrics que tenen la facultat de transformar senyals elèctrics en ones mecàniques o ultrasons. Aquestes ones d'alta freqüència s'emeten mitjançant un transductor. Les ones travessen els diferents teixits del cos a diferent velocitat; els diferents teixits quan són travessats per aquestes ones les alteren de diversa forma, així mentre alguns són capaços de reflectir-les directament, altres les dispersen en forma de ressonància abans de retornar-les al transductor. Els impulsos ultrasònics reflectits són de nou detectats pel transductor, són amplificats en un escàner i aquesta informació s'emmagatzema en un ordinador i és convertida en imatge en moviment que és observada en una pantalla.

#### **4.1.1. Efectes biològics de l'ecografia**

A l'inici de la dècada dels setanta del segle XX, l'ecografia s'usava amb relativa assiduitat en obstetrícia. Alguns professionals mostraren interès pels

possibles efectes secundaris dels ultrasons en el fetus. Mac Intosh i Davey<sup>478</sup> advertiren del risc que podia tenir l'ús dels ultrasons, ja que havien aconseguit induir, en condicions de laboratori, ruptures cromosòmiques en cultius de sang humana exposada a freqüències de 2,5 MHz i intensitats de 8-17 mW/cm<sup>2</sup>; és a dir, en exposició a dosis diagnòstiques. La importància d'aquesta afirmació va ser immediatament relativitzada, perquè aquests autors havien necessitat dues hores per tal d'aconseguir aquest efecte i, a més, altres autors no varen poder confirmar aquests resultats.<sup>479</sup> Els estudis continuaren, i l'any 1972 Hollander<sup>480</sup> afirmà que els ultrasons tenien capacitat per tal de produir tres efectes adversos bàsics:

1. Hipertèrmia: que podia ser induïda quan l'energia ultrasònica es transformava en calor quan passava pels teixits. Aparentment, i aplicant la dosi suficient, era possible provocar l'avortament en animals d'experimentació.

2. Efectes mecànics: es tractava bàsicament de fenòmens de cavitació, que es produïen quan s'utilitzaven intensitats elevades i que consistien en la formació d'espais lliures en els teixits (bombolles pulsatives), amb ruptures cel·lulars. Hollander demostrà aquest efecte en conills d'Índia i rates, en els quals, com a conseqüència de l'aplicació de dosis ultrasòniques elevades apareixien petèquies intestinals i necrosis.

3. Efectes químics: que incloïen despolimerització de proteïnes i polisacàrids, amb les ruptures moleculars subsegüents.

---

<sup>478</sup> Mac Intosh, I.J.C., Davey, D.A., Chromosome aberrations induced by an ultrasonic foetal pulse detector; *British Medical Journal*, 4(1970), pp. 92-93.

<sup>479</sup> Bobrow, M., Blackwell, N., Unrau, A.E., Bleaney, B., Absence of any observed effect of ultrasonic irradiation on human chromosomes; *J Obst Gynaecool Br Commonwealth*, 78(1971), pp. 730-736.

<sup>480</sup> Hollander, H.J., Ultrasonic intersection picture study in obstetrics and gynecology; *Fortschr Geb Rotgenstr Nuklearmed*, suppl. (1972), pp. 8-9.

Els estudis sobre el tema continuaren, una àmplia revisió publicada l'any 1972 per Hill<sup>481</sup> conclouia:

«No hi ha proves clares que l'ús dels ultrasons en medicina sigui inherentment perjudicial. A la freqüència i intensitat en què s'usen en el diagnòstic obstètric, els ultrasons són absolutament inofensius».<sup>482</sup>

Durant els deu anys següents no es publicà cap més revisió sobre el tema. L'ús de l'ecografia es generalitzà i als Estats Units aparegueren iniciatives comercials que oferien a les mares la possibilitat de veure, i endur-se a casa en una gravació, la imatge del seu fill en moviment a l'interior de l'úter. Un nou fet, tornar a pertorbar la tranquil·litat que s'havia anat creant al voltant de l'ús de l'ecografia. L'any 1982 fou emès pel canal *TV Cable News Network* un documental produït per Jean Carper, en el qual hi apareixien diferents científics que explicaven el resultat dels seus experiments, que havien produït alteracions del creixement cel·lular i de l'ADN, en cèl·lules humanes sotmeses a ultrasons a dosis diagnòstiques. Els resultats comunicats per aquests científics havien estat publicats entre 1979 i 1981 en revistes científiques, però havien passat absolutament desapercebuts.<sup>483</sup>

Després de l'emissió del documental televisiu es produí una forta alarma social, i l'any 1983 el *National Institute of Health* dels Estats Units convocà una conferència extraordinària constituïda per experts en ecografia, radiologia, obstetrícia, epidemiologia, salut pública, etc. La conferència finalitzà amb

---

<sup>481</sup> Hill, C.R., Ultrasonic exposure thresholds for changes in cells and tissues; *J Acoust Soc Am*, 52 (1972), pp. 667-672.

<sup>482</sup> Citat de Carrera, J.M., Efectos biológicos de los ultrasonidos a Kurjak, A., Carrera, J.M., *Ecografía en medicina materno-fetal*; Barcelona, Masson, 2000, pp. 51-58. "No existen pruebas claras de que el uso de ultrasonidos en medicina sea inherentemente dañino. A las frecuencias e intensidades a que se emplean en el diagnóstico obstétrico, los ultrasonidos son absolutamente inofensivos".

<sup>483</sup> *Íbid.*, p. 51.

diferents conclusions. En primer lloc, els experts manifestaren la seva perplexitat davant del fet que una tècnica, que en aquells moments (1983) era usada en una proporció important de dones embarassades als Estats Units (entre un 15% i un 40%), i sobre la qual es preveia un augment en la seva utilització, fos aplicada per personal sanitari que no havia rebut una formació específica, a més es mostraren fortament preocupats pel fet que la tècnica s'hagués popularitzat sense haver establert prèviament els seus riscos de forma fiable. Els experts també afirmaren que els estudis científics publicats fins aleshores eren defectuosos, ja que majoritàriament presentaven errors de disseny, de tractament estadístic, o altres tipus de biaixos metodològics. Per tant, no hi havia evidència suficient per poder concloure que els ultrasons fossin innocus, però tampoc per afirmar que fossin perjudicials. La recomanació del *National Institute of Health* fou que calien nous estudis sobre: a) els efectes biològics dels ultrasons, b) l'experimentació ultrasònica intrauterina en animals, c) les possibles interaccions entre ultrasons, drogues, nutrició, hipertèrmia... i, finalment, d) estudis clínics en humans amb millor disseny epidemiològic que els fets fins llavors.<sup>484</sup>

El *National Institute of Health* efectuà recomanacions clíniques que afirmaven que no es disposaven de dades fiables suficients per tal de recomanar l'ús rutinari de l'ecografia en totes les gestacions, però no hi havia objeccions al fet que l'ecografia s'emprés de forma diagnòstica en qualsevol moment de la gestació, sempre que existís una indicació mèdica, tot i que s'aconsellava el seu ús restrictiu durant el primer trimestre d'embaràs. En aquest sentit, tant el *National Committee on Radiation Protection and Measurements* (NCRPM), com l'*American Institute of Ultrasounds in Medicine* (AIUM), elaboraren una sèrie de recomanacions que incloïen: que la intensitat dels ultrasons fos inferior o igual a  $10\text{mW/cm}^2$  (inferior o igual a  $20\text{mW/cm}^2$  en Doppler continu), que la freqüència

---

<sup>484</sup> *Ídem.*

fos inferior o igual a 5 MHz i que el temps d'exposició no superés els 30 minuts. L'AIUM difongué també un informe, l'any 1982, en el qual deia textualment:

«No s'ha confirmat cap efecte biològic indesitjable, en pacients o operadors, a causa de l'exposició als ultrasons diagnòstics utilitzats a les intensitats habituals. Encara que hi ha la possibilitat que aquests efectes biològics puguin identificar-se en el futur, les dades actuals indiquen que els beneficis per als pacients derivats de l'ús prudent dels ultrasons pesen més que els possibles riscos que puguin presentar».<sup>485</sup>

Nous informes del mateix organisme (AIUM), publicats durant els anys 1987 i 1993 seguiren confirmant que no s'havien observat efectes desfavorables deguts a l'ús dels ultrasons. Tanmateix, la *United States Food and Drug Administration* (FDA) recomanava l'any 1993, i de nou l'any 1994, que es tinguessin en compte els possibles efectes tèrmics i mecànics dels ultrasons.

A l'inici del segle XXI, l'evidència acumulada no havia demostrat que l'exposició a ultrasons, a les intensitats produïdes per un equip diagnòstic, causessin efectes negatius en els operadors, en les dones embarassades o en els fetus. Els nens exposats en la seva vida intrauterina no havien mostrat al naixement diferències significatives en pes, alçada, creixement, funció cognitiva, capacitat visual o acústica, ni índex de dèficit neurològic.<sup>486</sup>

Per tal d'evitar la hipertèrmia, els nous aparells d'ultrasons incorporen filtres que impedeixen augmentar la potència a nivells capaços de produir un augment perjudicial de la temperatura; també s'aconsella emprar la menor freqüència possible en el transductor i reduir el temps d'exposició no sobrepasant els 20 minuts. La possible acció tèrmica dels ultrasons no és acumulable, per tant l'exploració pot repetir-se les vegades que es desitgi. Tot i

---

<sup>485</sup> *Íbid.*, p. 52.

<sup>486</sup> *Íbid.*, p. 56.

no haver-hi evidència que suggereixi cap efecte indesitjable durant el primer trimestre d'embaràs (època de més sensibilitat per a les malformacions congènites), tant l'FDA com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomanaren, a l'inici de segle XXI, seguir el principi de precaució ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*).<sup>487</sup>

Una sèrie d'estudis que s'havien efectuat a Noruega, per l'equip de Kjell A. Salvensen,<sup>488</sup> mostraren una possible associació entre l'ús de l'ecografia i un augment en el nombre de nens esquerrans a l'edat de set i vuit anys. El mateix autor presentà l'any 2002 una revisió epidemiològica dels diferents estudis realitzats fins aleshores i afirmà que no hi havia raó per contraindicar l'ecografia com a prova rutinària durant l'embaràs, ja que no s'havia trobat relació entre l'exposició intrauterina als ultrasons i el posterior desenvolupament de malalties malignes en els nens, ni tampoc relació entre l'ecografia i el baix pes en néixer, no es podia confirmar cap associació entre l'exposició antenatal als ultrasons i retards en l'inici de la parla, canvis en la visió o l'audició, trastorns del creixement, etc. Tanmateix, l'autor mantenia que calien més estudis ja que no es podia descartar una associació entre l'exposició intrauterina als ultrasons i l'augment de nadons esquerrans de sexe masculí.<sup>489</sup> La *International Society of*

---

<sup>487</sup> *Ídem*.

<sup>488</sup> Salvensen, K., et al. Routine ultrasonography in utero and subsequent handedness and neurological development; *Br Med J*, 307(1993), pp. 159-64, Salvensen, K., Eik-Nes, S., Ultrasound during pregnancy and subsequent childhood non-right-handedness: a meta-analysis; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 13(1999), pp. 241-46, així com Salvensen, K., Ultrasound and left-handedness: a sinister association? Editorial; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 19(2002), pp. 217-21.

<sup>489</sup> Salvesen, K., J., EFSUMB: safety tutorial Epidemiology of diagnostic ultrasound exposure during pregnancy-European committee for medical ultrasound safety (ECMUS); *European Journal of Ultrasounds*, 15(2002), pp. 165-171. "En cas de confirmar-se aquesta hipòtesi, això podria significar que la ecografia seria capaç d'actuar sobre el cervell en creixement i alterar les vies del seu desenvolupament"

*Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* (ISUOG) afirmava l'any 2003 en relació amb la seguretat en l'ús de l'ecografia:<sup>490</sup>

«D'acord amb l'evidència acumulada fins al moment, la pràctica rutinària de l'ecografia clínica a totes les dones embarassades, usant imatges aconseguides en temps real, mode B, no està contraindicada. El risc de lesió en el fetus per agents teratògens és més alt durant el primer trimestre. Cal recordar que el calor es genera a la superfície del transductor quan s'usa l'aproximació transvaginal. El Doppler polsat i el Doppler color poden produir altes intensitats i les exploracions rutinàries amb aquesta modalitat durant el període embrionari estan rarament indicades. Per tant, donada l'alta absorció acústica per part de l'os, cal tenir present el potencial escalfament dels teixits adjacents. El temps d'exposició i el volum acústic ha de ser el més curt possible per tal d'obtenir la informació diagnòstica i limitar-se al seu ús per als procediments indicats mèdicament i no ha de ser usat amb finalitats d'entreteniment».

L'any 2005 la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* publicava una sèrie de recomanacions que feien èmfasi en l'ús exclusivament mèdic de les ecografies, per tal d'evitar els usos comercials de fotografies i

---

<sup>490</sup> International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) Bioeffects and Safety Comité (Abramowicz, J.,S., Kossoff, G., Marsal, K., Ter Haar, G.): Safety Statement, 2000 (reconfirmed 2003); *Ultrasound Obstet Gynecol*, 21(2003), p. 100. "Based on evidence currently available, routine clinical scanning of every woman during pregnancy using real-time B-mode imaging is not contraindicated. The risk of damage to the fetus by teratogenic agents is particularly great in the first trimester. One has to remember that heat is generated at the transducer surface when using the transvaginal approach. Spectral and colour Doppler may produce high intensities and routine examination by this modality during the embryonic period is rarely indicated. In addition, because of high acoustic absorption by bone, the potential for heating adjacent tissues must also be kept in mind. Exposure time and acoustic output should be kept to the lowest levels consistent with obtaining diagnostic information and limited to medically indicates procedures, rather than for purely entertainment purposes."



vídeos; i encoratjava els professionals a seguir el principi de precaució, és a dir emprant exposicions als ultrasons de la intensitat més baixa possible i, finalment, recomanava no usar el Doppler i el Doppler color durant el primer trimestre d'embaràs.<sup>491</sup>

L'any 2007 la *Col·laboració Cochrane*<sup>492</sup> ha publicat una revisió sobre la seguretat de l'ecografia fetal a l'inici de l'embaràs.<sup>493</sup> Els autors conclouen que l'ecografia obstètrica practicada a l'inici de l'embaràs pot aportar beneficis en: a) l'avaluació més acurada de l'edat gestacional, b) la detecció precoç dels embarassos múltiples, i c) la detecció de malformacions fetals de les quals no es tenia sospita clínica, en un període en què és legalment possible la interrupció de l'embaràs. En els dos primers supòsits disminueix l'índex d'induccions de part practicades de forma incorrecta, ja que es pot calcular de forma més acurada l'edat gestacional. No s'observa, però, millora en els resultats de salut fetal i neonatal. La possibilitat de diagnosticar malformacions augmenta el nombre d'interrupcions de l'embaràs i millora la mortalitat perinatal; s'observen, però, diferències significatives en la capacitat diagnòstica segons hospitals,<sup>494</sup> fet que

---

<sup>491</sup> Bly, S., Van den Hof, MC., Diagnostic Imaging Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada. Obstetric ultrasound biological effects and safety; *J. Obstet Gynaecol Can*, Jun; 27(2005)6, pp. 572-580.

<sup>492</sup> La Col·laboració Cochrane està especialitzada en recollir l'evidència dels diferents procediments mèdics mitjançant la revisió de la literatura de bona qualitat publicada en totes les revistes de l'àmbit sanitari.

<sup>493</sup> Neilson, J.P., Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo; (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<sup>494</sup> Existeixen dos estudis científics de referència en relació a la detecció de malformacions mitjançant l'ús rutinari de la ecografia; en un d'ells (Crane, J.P., LeFevre, M.L., Winborn, R.C., et al, A randomized trial of prenatal ultrasonographic screening: Impact on the detection, management and outcome of anomalous fetuses; *Am J Obstet Gynecol*, 171(1994), p. 392.), s'afirma que la capacitat diagnòstica de les malformacions és més alta en les unitats d'ecografia ubicades en hospitals docents en relació a les practicades per radiòlegs i obstetres no especialitzats; en un segon estudi, considerat també de referència en

posa de manifest la necessitat de comptar amb un expert en ecografia, per tal d'obtenir taxes de detecció acceptables, tot i així segueixen havent-hi un nombre important de malformacions que no són diagnosticades. Els autors manifesten que aquests avantatges han de ser mesurats amb els possibles riscos i afirmen que no hi ha evidència clara que l'ecografia pugui ser perjudicial durant l'embaràs. En els estudis noruecs i suecs, el seguiment dels nens sotmesos a estudis ecogràfics són tranquil·litzadors, ja que no s'observa un major nombre de problemes en relació amb els nens que no havien estat sotmesos als ultrasons. Tanmateix reconeixen la dificultat d'interpretació dels resultats noruecs de Salvesen en els quals es va trobar un major nombre de nens esquerrans després de practicar ecografies durant l'embaràs, quan els resultats tenien en compte el sexe del nadó (aquests resultats només es confirmaven en nadons de sexe masculí). En la revisió s'afirma que de les dades disponibles no es poden extraure conclusions sòlides.

Un altre aspecte a tenir en compte és el relacionat amb els costos econòmics de l'extensió d'aquesta prova de forma rutinària a tots els embarassos:<sup>495</sup>

---

aquest tema (Grandjean, H., Larroque, D., Levi, S., The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(1999)2, p.1-9.), només un 60% de les malformacions eren detectades, s'observa però una forta variació segons l'òrgan afectat, així en el cas de malformacions majors del Sistema Nerviós Central, com l'anencefalia o l'espina bífida, es detecten fins el 90% de malformacions, mentre que les malformacions cardíaques eren diagnosticades només en un 25% dels casos; aquest índex variava segons l'especialització dels personal que feia la ecografia, doncs només el personal especialitzat en la cerca de malformacions, be fossin tècnics o metges especialitzats, aconseguien taxes de detecció global superiors al 50%.

<sup>495</sup> Neilson, J.P., *op. cit.*, "Los clínicos, los planificadores de salud y las embarazadas deben decidir si estos resultados justifican el gasto de proporcionar un examen ecográfico rutinario en los primeros meses de gestación"... "La conveniencia, o no, de poner en práctica un programa de examen de detección rutinario por ecografía se verá influenciada en tanto se implemente, o no, un programa de detección de casos de síndrome de Down en fetos (por ejemplo, mediante pruebas bioquímicas). El análisis de los resultados de una prueba de este tipo depende totalmente del conocimiento exacto de la edad gestacional."

«Els clínics, els planificadors de salut i les embarassades han de decidir si aquests resultats justifiquen les despeses de proporcionar un examen rutinari en els primers mesos de la gestació» ...«La conveniència, o no, de posar en pràctica un programa de detecció rutinària per ecografia es veurà influenciada en la mesura que s'implementi o no un programa de detecció de casos de síndrome de Down en fetus (per exemple mitjançant proves bioquímiques). L'anàlisi dels resultats d'una prova d'aquest tipus depèn totalment del coneixement exacte de l'edat gestacional».

Actualment, la majoria dels països i regions de l'occident desenvolupat han optat, després de valorar avantatges, inconvenients i costos, per incloure dins els programes d'atenció prenatal una exploració ecogràfica o més. A més, també s'ha inclòs dins la bateria de proves rutinàries el cribratge de cromosomopaties durant el primer o segon trimestre de gestació; per dur a terme aquestes proves l'ús de l'ecografia es fa imprescindible, per tant les exploracions ecogràfiques formen part de la rutina prenatal de la majoria de programes sanitaris d'atenció i seguiment de l'embaràs.

#### **4.1.2. L'ús de l'ecografia en el nostre àmbit**

En el nostre àmbit l'ús de l'ecografia de forma rutinària al llarg de l'embaràs és habitual. La Secció d'Ecografia de la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*<sup>496</sup> recomana la realització, a totes les embarassades, de tres ecografies al llarg de l'embaràs normal, una a cada trimestre de la

---

<sup>496</sup> Carrasco, S., Iglesias, M., Consulta prenatal (Guía de asistencia prenatal) a Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *Manual de Asistencia al Embarazo Normal*; 2ª ed., Zaragoza, Fabre ed., 2001, pp. 103-140.

gestació. En aquest mateix sentit es pronuncia el *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya* que, en el *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*,<sup>497</sup> també recomana tres ecografies en els embarassos de baix risc; la primera aconsella realitzar-la entre les setmanes 8 i 12 de la gestació, amb l'objectiu de valorar la vitalitat embrionària, estimar l'edat gestacional,<sup>498</sup> diagnosticar patologia del primer trimestre i detectar marcadors ecogràfics precoços d'aneuploidies; entre les 18 i 20 setmanes de la gestació recomana la segona ecografia que té com a finalitat la determinació del nombre de fetus, el control del creixement fetal i el diagnòstic d'anomalies estructurals i marcadors de cromosomopaties,<sup>499</sup> finalment recomana la tercera ecografia entre les 34 i 36 setmanes per tal d'estimar la normalitat del fetus i del seu entorn.

Tanmateix, a nivell social, l'acceptació de l'ecografia ha estat molt positiva i la seva utilització s'ha convertit en una pràctica habitual de gran popularitat. Alguns estudis demostren que el nombre d'ecografies,<sup>500</sup> que es realitzen les dones embarassades, supera les tres recomanades en la majoria de casos,

---

<sup>497</sup> Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, *op. cit.*, pp. 51-56.

<sup>498</sup> L'edat gestacional determinada en aquesta primera ecografia és una dada imprescindible per al càlcul del risc de cromosomopaties i dels defectes del tub neural que s'oferta de forma sistemàtica a totes aquelles embarassades que compleix els criteris per al cribratge bioquímic de cromosomopaties. Quan s'implementa el diagnòstic prenatal de primer trimestre el marcador ecogràfic de la mesura de la translucidesa nugal a les 12-13 setmanes de gestació és una mesura de referència conjuntament amb els marcadors bioquímics (fracció lliure de la beta HCG i PAPP-A, mesurades entre les setmanes 8 i 12 d'embaràs).

<sup>499</sup> Aquesta ecografia s'ha de fer sempre en un entorn hospitalari i es considera necessari dedicar un mínim de vint minuts a la mateixa, per tal de poder realitzar un examen acurat de la anatomia fetal.

<sup>500</sup> A Salvador, J., Cunillé, M., Lladonosa, A., Ricart, M., Cabré, A., i Borrell, C. Característiques de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999; *Gac Sanit*, 15(2001) 3, pp. 230-236, s'afirma que el promig d'ecografies realitzades al llarg de l'embaràs s'ha mantingut estable al voltant de les cinc exploracions; en un estudi anterior, vid: Goberna, J., García, P., Gálvez, M., Evaluación de la calidad de la atención prenatal; *Aten Primaria*, 6(1989), pp. 75-78, s'afirmava que el nombre d'ecografies realitzar oscil·lava entre dues i dotze amb una mitjana de 4,7.

sense que el increment en el nombre d'ecografies practicades es trobi relacionat amb el nivell de risc de la gestació.

En el nostre entorn social no s'ha produït en cap moment un consciència social d'alarma degut al ús dels ultrasons, ni tant sols en els primers anys de la seva utilització; no s'ha generat cap tipus de debat social al respecte i l'ús de la ecografia s'ha conceptualitzat com una pràctica tecnològica i moderna que confereix satisfacció i assegura millors resultats. La següent cita extreta d'un text científic de ginecologia resumeix perfectament l'estat actual de la qüestió

“Des de llavors (els anys 70), la millora de la resolució dels aparells utilitzats, el major accés econòmic als mateixos i l'absència d'efectes negatius coneguts han facilitat enormement la seva difusió, depassant en alguns casos la indicació mèdica i convertint-se en un acte social, amb molta freqüència sol·licitat per la mare i de vegades proposat pel metge amb finalitats no sempre científiques”.<sup>501</sup>

En els últims anys el desenvolupament de l'ús de l'ecografia com a mitjà de diagnòstic de cromosomopaties i malformacions congènites ha generat un increment de les indicacions mèdiques de l'exploració ecogràfica, que s'ha acompanyat d'unes expectatives socials, moltes vegades desmesurades, en relació amb la capacitat diagnòstica del examen ecogràfic: Es demana a la ecografia que assecuri la normalitat en el desenvolupament fetal. Degut a aquest fet han augmentat considerablement els litigis legals fonamentats en demandes en contra dels professionals quan alguna malformació no ha estat detectada

---

<sup>501</sup> Parra, J., Bases físicas de los ultrasonidos. La exploración ecográfica; a Cabero, Ll., *Tratado de Ginecología y Medicina de la Reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2003, pp. 1004-1008. “Desde entonces, la mejoría en la resolución de los aparatos utilizados, el mayor acceso económico a los mismos y la ausencia de efectos negativos conocidos han facilitado enormemente su difusión, traspasando en algunas ocasiones la indicación médica y convirtiéndose en un acto social, frecuentemente solicitado por la madre y a veces propuesto por el médico con fines no siempre científicos.”

mitjançant l'examen ecogràfic corresponent. En els últims anys s'ha generat un debat professional encaminat a un ús més racional de la ecografia; amb aquesta finalitat les Societats Científiques i les Administracions Públiques han publicat guies d'utilització i han promocionat cursos per a la formació dels ecografistes.

#### **4.1.3.- Percepció social de l'ecografia. Reflexions ètiques**

Tant a l'estat Espanyol com a Catalunya, el nombre d'ecografies recomanades en un embaràs normal és de tres, una per a cada trimestre, però com hem esmentat, el nombre total d'ecografies practicades acostuma a superar les recomanades. Els motius que porten a aquest augment d'exploracions ecogràfiques responen a diferents motivacions. En primer lloc podem pensar en aquells casos en que l'augment d'exploracions ecogràfiques ve condicionat per una indicació mèdica: Un examen ecogràfic, del segon trimestre de la gestació, podria mostrar que la placenta presenta una inserció baixa; en la majoria de casos una placenta d'inserció baixa en una època precoç de l'embaràs s'acostuma a resoldre satisfactòriament de forma espontània, doncs a mesura que l'embaràs avança la inserció sol allunyar-se de la zona propera al cèrvix uterí; tot i confiar en aquesta evolució benigna, el més habitual és que aquesta embarassada sigui sotmesa a alguna exploració ecogràfica extra, per tal de controlar l'evolució de la seva inserció placentària.

Des de la perspectiva de les indicacions mèdiques també podem destacar el fet que la millora en la qualitat de les imatges ecogràfiques ha propiciat un augment en la detecció d'allò que en anglès es denomina "soft markers", és a dir marcadors inespecífics que poden associar-se amb diferents problemes fetals (exemples de "soft markers" són: els quists dels plexes coroides a nivell cerebral, les dilatacions de les pelvis renals o l'augment de la densitat ecogràfica del

budell). La majoria de vegades aquestes troballes són temporals o inconseqüents, però en alguns casos poden indicar alteracions cromosòmiques. La associació d'un únic marcador d'aquest tipus s'associa amb cromosomopatia en un 2-6% de casos; les dilatacions de les pelvis renals poden indicar posteriors alteracions en els ronyons del nounat, però en el moment en que es practica la ecografia el pronòstic és incert, doncs sovint el nadó no presentarà cap problema clínicament important. En el cas dels quists dels plexes coroides ha estat demostrada la seva associació, en alguns casos, amb cromosomopaties importants; si l'error cromosòmic no es confirma, poden desaparèixer espontàniament passades unes setmanes o poden persistir sense que es trobi cap patologia en el nadó. Aquestes troballes comporten un augment del nombre d'ecografies, i/o d'altres proves complementàries. Quan són comunicades a la dona embarassada li suposen tant a ella, com sovint també a la seva parella, un alt nivell d'ansietat durant la resta de l'embaràs i de vegades durant els primers mesos o anys de la vida del nadó. En un estudi realitzat al Regne Unit,<sup>502</sup> les dones embarassades a les que se'ls van trobar indicadors de risc, en alguna de les ecografies practicades i que després no va ser associats a cap tipus de patologia, varen afirmar que no es trobaven preparades per afrontar la situació en el moment en que se'ls va comunicar, en alguns casos no havien pensat que la ecografia podés donar aquest tipus d'informació. Una de les dones del estudi afirmava:<sup>503</sup>

“Nosaltres varem pensar – Brillant! Nosaltres volíem saber si era un nen o una nena i coses d'aquest tipus, no que res poguéssim estar malament.”

---

<sup>502</sup> Bailie, C., Smith, J., Hewison, J., Masson, J., Ultrasound screening for chromosomal abnormality: Women's reactions to false positive results; *Br J Health Psychol*, 5(2000), pp. 377-394.

<sup>503</sup> “We were thinking-brilliant! We'll be able to know if it's a boy or a girl and all things like that, not that anything would be wrong. “

En un altre estudi,<sup>504</sup> en el que mesuraven l'impacte psicològic que aquests indicadors ocasionaven a les dones embarassades, comprovaren que totes les dones a les que se'ls detectà algun tipus de *soft marker* experimentaven nivells alts d'ansietat durant les setmanes següents a l'exploració ecogràfica. Només en els casos en que, durant l'exploració, l'ecografista havia dit que, tot i la necessitat d'exploracions complementàries, el més probable era que el fetus no tingués cap alteració, els nivells d'ansietat eren un xic menors.

Però no en tots els casos l'augment en el nombre d'exploracions pot justificar-se per una indicació de caire obstètric. Segons informes de les companyies d'assegurances, les demandes judicials en medicina s'han multiplicat en els últims anys. Els avenços espectaculars en medicina embrionària i fetal, ha determinat l'aparició d'un nombre important de tècniques precoces i complexes, entre les que es troba l'ecografia, que han augmentat el "risc judicial" de l'especialitat. Obstetres i ginecòlegs ocupen el segon lloc en el "ranking espanyol" de professionals mèdics amb un nombre major de demandes judicials,<sup>505</sup> just per darrera dels cirurgians plàstics, i quasi al mateix nivell que els anestesiològics. En el cas del col·lectiu infermer les llevadores també presenten el nombre més alt de demandes judicials, degudes a la seva pràctica professional. Aquest fet pot indicar que en els últims anys s'ha produït un gir espectacular en la relació assistencial, en el que s'ha passat d'una relació de franc paternalisme a una interacció de mútua desconfiança, en la que davant la possibilitat de demanda el professional respon mitjançant l'anomenada *medicina defensiva* que es tradueix en un nombre major de proves i exploracions, que es sol·liciten amb

---

<sup>504</sup> Watson, M., L., Hall, S., Langford, K., Marteau, T. M., Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information; *Prenat Diagn*, 22(2002), pp. 569-575.

<sup>505</sup> Carreras, J.M., Gallo, M., López M., Aspectos legales del diagnóstico prenatal; a Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de medicina perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *Manual de Asistencia al Embarazo Normal*; 2ª ed., Zaragoza, Fabre ed., 2001, pp. 403-458.



la única finalitat de poder presentar proves en cas de demanda deguda a algun resultat desfavorable en el decurs de l'embaràs.

Però, en el cas de l'ecografia obstètrica hi ha encara un altre motiu important que fa augmentar el nombre d'exploracions ecogràfiques. La ecografia, es una prova diagnòstica, que presenta característiques especials: Permet veure el fetus al interior de l'úter; la dona embarassada i la seva parella fins i tot poden endur-se'n una fotografia, o una filmació en moviment del fetus en el seu ambient intrauterí. Aquest fet ha ocasionat una demanda d'ecografies, amb finalitat no mèdica. Es pretén obtenir una "fotografia" del futur nadó abans del seu naixement.<sup>506</sup> Als Estats Units aquest fet va generar una indústria dedicada a la obtenció de fotografies i filmacions ecogràfiques durant l'embaràs, que varen rebre la reprovació de la *Food and Drug Administration* (FDA)

Una primera objecció en l'augment desmesurat de l'ús de la ecografia, amb finalitats que moltes vegades no tenen justificació mèdica, el trobaríem en relació amb el risc biològic. La experiència ha demostrat que aquest risc és més teòric que real. De fet, si no es sobrepassem els temps d'exposició i les intensitats recomanades no hem de témer riscos biològics, donat que l'acció de les ones ultrasòniques no es acumulable i per tant les exploracions poden ser repetides en el temps sense risc. Tot i això el principi de prudència orienta la majoria de recomanacions al respecte i indiquen que l'ús de la ecografia durant l'embaràs hauria de limitar-se a aquells casos en que els beneficis mèdics esperats la fan aconsellable.

A banda de les consideracions relacionades amb els possibles efectes biològics dels ultrasons, l'ús de la ecografia obstètrica per a finalitats no

---

<sup>506</sup> Per a comprendre millor el significat de les imatges en la nova societat digital es pot consultar: Bilbeny, N., *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*; Barcelona, Anagrama, 1997. Per al prof. Bilbeny, abans, en una civilització de paraules, la ment estava forçada a imaginar, en canvi en la civilització audiovisual, seduïda pel miratge òptic, la intervenció de la imaginació, que inevitablement aporta un biaix subjectiu ja no és necessària: les imatges projectades en les pantalles ens informen i ens sorprenen sense haver de passar pel descodificador personal.

mèdiques presenta altres aspectes a tenir en compte. Per a Chevernak i McCullough (2005),<sup>507</sup> l'augment del ús de la ecografia per a usos comercials (fotografies fetals) propicia una certa confusió moral relacionada amb la interrupció de l'embaràs. La decisió d'interrompre un embaràs quan el fetus encara no es viable és una decisió fonamentada en la autonomia de la dona, mentre que les decisions ètiques que es prenen en els serveis de neonatologia solen prendre's des de la perspectiva del principi de beneficència. La visió continuada del fetus amb una finalitat estrictament lúdica pot crear una confusió moral al respecte; la capacitat diagnòstica de l'ecografia se suma a la seva capacitat estrictament fotogràfica i enfrontar a la dona/parella a un risc psicològic en cas d'haver d'enfrontar-se a una decisió d'interrupció de l'embaràs, degut al diagnòstic no esperat d'alguna malformació fetal important. Tanmateix la visió continuada del fetus en el seu entorn intrauterí pot comportar que la dona embarassada se senti obligada a una sobreprotecció del seu embaràs, fet que comportaria una ansietat materna desmesurada relacionada amb procurar una màxima protecció cap el fetus; això podria significar un augment de les demandes de part per cesària sense indicació mèdica,

#### **4.1.4.- La capacitat de les dones per a prendre decisions informades**

Com hem fet esment, moltes vegades són les mateixes dones embarassades i les seves parelles qui demanden més ecografies. La ecografia obstètrica, com a acte mèdic suposa una intervenció diagnòstica, i com a tal, precisa d'un consentiment autònom i informat per part de la dona embarassada, abans de la seva pràctica. Tota persona conscient i amb les facultats mentals no

---

<sup>507</sup> Chevernak, M.D., McCullough, L.B., An ethical critique of boutique fetal imaging: A case for the medicalization of fetal imaging; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (2005), pp. 31-33.

pertorbades ha de poder decidir sobre qualsevol element o actuació (mèdica) que l'afecti.<sup>508</sup>

La majoria de les persones adopten, davant de qualsevol actuació sanitària, els criteris mèdics com a seus i accepten les recomanacions dels professionals sense qüestionar-les. Això és més evident quan parlem de pràctiques preventives i de promoció de la salut, com és el cas del seguiment i control del embaràs, en el que les pràctiques i proves mèdiques venen estandarditzades i determinades per protocol i per tant no es valoren i decideixen en cada cas, sinó que s'apliquen a totes les embarassades, seguint la norma preestablerta. Aquesta rutina en l'aplicació de les pràctiques prenatales ocasiona que moltes vegades s'oblidi del requeriment de consentiment previ a la realització de les proves.<sup>509</sup> El consentiment s'entén implícit al fet de la voluntarietat de la dona en acudir als programes de seguiment del embaràs. Fins i tot es pot argumentar que l'eficiència i la efectivitat, àmpliament demostrada dels programes d'atenció prenatal, podrien empitjorar, si es complissin rigorosament els criteris en els que es fonamenta la autonomia. Considerem però, que el model d'elecció autònoma ha de servir com a punt de referència per tal que les actuacions sanitàries siguin moral i institucionalment adequades.

El consentiment informat compren, com hem anat repetint, dos components fonamentals: el informatiu i el de consentiment. El component informatiu consisteix en exposar la informació pertinent i que aquesta sigui

---

<sup>508</sup> Boladeras, M., *Bioètica*; Barcelona, Editorial Síntesis, 1999, p. 186. “De ahí que toda persona consciente y con las facultades mentales no perturbadas ha de poder decidir sobre cualquier elemento o actuación que le afecte” (La part afegida entre paréntesis no consta en el original).

<sup>509</sup> *La Sociedad Española de Gineología y Obstetricia* (SEGO) ha elaborat uns fulls de consentiment informat per tal que siguin usats abans de realitzar les ecografies de protocol durant l'embaràs. Tanmateix l'ús d'aquests documents no assegura, sense més, que la dona és autònoma i pren una decisió informada quan es fa l'ecografia. La firma d'aquests documents ha d'anar acompanyada d'una informació i comprensió prèvia de totes les circumstàncies i conseqüències que acompanyen a la seva realització.

correctament entesa, però l'acompliment acurat d'aquest procés presenta aspectes singulars en el cas de l'ecografia.

#### **4.1.4.1. La informació i comprensió en referència a l'ecografia obstètrica**

Diferents treballs de recerca conclouen que les dones embarassades disposen d'un coneixement limitat en relació amb el propòsit, els beneficis, les limitacions i les conseqüències potencials de les proves prenatales, i consegüentment presenten un dèficit per tal de poder efectuar una elecció informada.<sup>510, 511</sup> El consentiment i l'elecció informada en relació amb l'ecografia obstètrica presenta aspectes polèmics i de difícil resposta: els professionals consideren que és necessari oferir algun tipus d'informació abans de la realització de qualsevol exploració ecogràfica. En cas afirmatiu, quin tipus d'informació creuen els professionals que han de proporcionar? Quines són les expectatives de les embarassades en relació amb el paper que han de jugar els professionals sanitaris en el procés de presa de decisions? Quin tipus d'informació esperen rebre en relació amb l'objectiu, beneficis i limitacions de l'ecografia obstètrica? Quin ha de ser el punt d'equilibri entre el compliment dels principis ètics del consentiment informat i el respecte als estats emocionals de les dones durant la gestació? És acceptable que els professionals sanitaris ofereixin ecografies per tal de tranquil·litzar la dona embarassada, encara que no sigui necessària des de l'estricta punt de vista mèdic? Aconseguir una disminució de l'ansietat materna mitjançant un nombre major d'exploracions ecogràfiques

---

<sup>510</sup> Marteau, T.M., Snack, J., Kidd, J., Shaw, R.W., Presenting a routine screening test in antenatal care: Practice observed; *Public Health*, 106 (1992), pp. 131-141.

<sup>511</sup> Marteau, T., Towards informed decisions about prenatal testing: A review; *Prenat Diagn*, 15(1995), pp. 1215-1226.

pot ser considerat un benefici? En cas afirmatiu, aquestes ecografies han de ser costejades amb fons públics? Hi ha alguna objecció sobre si aquests costos són pagats per les mateixes usuàries?

En un estudi efectuat al Canadà l'any 1998,<sup>512</sup> entre 117 dones que estaven entre les 18 i 20 setmanes d'embaràs es comprovà que 97 no havien rebut cap informació prèvia relacionada amb la prova ecogràfica, si exceptuem les instruccions necessàries per tal d'aconseguir una cita per a la realització de la prova. 20 dones afirmaren que havien mantingut una conversa prèvia, sobre el tema, amb el professional sanitari de referència. 15 embarassades varen rebre informació escrita relacionada amb l'ecografia obstètrica. En relació amb l'afirmació que «la informació facilitada pel proveïdor sanitari els havia ajudat en la comprensió dels beneficis i limitacions dels ultrasons», 60 dones van estar-hi mitjanament d'acord i només 18 estaven fortament convençudes que la informació facilitada pels professionals sanitaris els havia facilitat la comprensió dels beneficis i limitacions intrínsecs a l'exploració ecogràfica. Tot i que 48 dones estaven fortament convençudes que era una competència de la dona embarassada decidir si volien sotmetre's o no als diferents tests que s'oferien durant l'embaràs, només en 25 casos, l'ecografia obstètrica del segon trimestre havia estat presentada com una opció per a les dones durant les visites de seguiment de l'embaràs. 64 embarassades contestaren que el principal benefici de l'estudi ecogràfic se centrava en la *tranquil·litat i la pau interior*,<sup>513</sup> només 9 dones afirmaren que el principal benefici de l'ecografia del segon trimestre era la possibilitat de poder detectar alguna malformació i poder prendre una decisió informada sobre la finalització de l'embaràs. La resta d'embarassades reconegueren altres beneficis com la confirmació del dia del part, la determinació

---

<sup>512</sup> Kohut, R.J., Dewey, D., Love, E. J., Women's Knowledge of Prenatal Ultrasound and Informed Choice; *Journal of Genetic Counseling*, 11(2002), 4, pp. 265-276.

<sup>513</sup> *Íbid*, p. 271., "reassurance and peace of mind"

del sexe del fetus, el fet de descartar problemes fetals o la presència d'una bessonada.

La majoria d'aquestes dades podrien ser extrapolades a la realitat que es presenta a casa nostra. Davant tota aquesta informació podem preguntar-nos sobre dues qüestions bàsiques. En primer lloc, sobre la quantitat i qualitat de la informació que reben les embarassades al llarg del procés assistencial en relació amb les proves ecogràfiques: la informació relacionada amb la finalitat, els beneficis i les limitacions de les exploracions ecogràfiques són aspectes als quals es sol prestar poca atenció durant el control prenatal. El control ecogràfic és considerat, per part dels professionals sanitaris, com a part de la rutina assistencial al llarg del seguiment de l'embaràs; aquesta normalització provoca que tant els professionals com les mateixes dones no prenguin consciència de la qualitat de prova diagnòstica de l'ecografia.

Un segon aspecte a tenir en compte és que l'ecografia s'inclou dins la rutina prenatal per tal de poder detectar de forma precoç diferents anormalitats, i poder prendre decisions sobre el tema, que poden arribar a ser especialment traumàtiques, com quan cal decidir la finalització d'un embaràs davant d'una malformació fetal, però en canvi els investigadors constaten una clara disparitat en el punt de vista de la dona embarassada sobre la finalitat de l'exploració ecogràfica. La majoria de dones són conscients que l'ecografia serveix per tal d'avaluar el correcte desenvolupament fetal, però quan apliquen aquest coneixement al seu propi embaràs mostren un punt de vista menys racional i més sentimental; la majoria d'embarassades atribueixen a la prova una finalitat psicològica que els permet disminuir l'ansietat i els proporciona tranquil·litat i pau interior:

«Naturalment, les dones esperaven que el seu nadó fos normal i no volien considerar altres opcions».<sup>514</sup>

En el mateix estudi canadenc només 9 dones reconegueren la possibilitat de detectar anormalitats fetals com un benefici de l'ecografia, 5 embarassades en canvi consideraren que aquest coneixement no implica beneficis. Aquestes dues postures són representatives de la dicotomia entre racionalitat i sensibilitat que es presenta al llarg de l'embaràs davant de l'exploració ecogràfica. Per a la majoria d'embarassades enfrontar-se a un diagnòstic de malformació fetal i la consegüent presa de decisions sobre aquest fet es presenta com una qüestió especialment dramàtica davant de la qual se'ls fa difícil adoptar una postura coherent i responsable.

## 4.2. El diagnòstic prenatal d'anomalies congènites

Les possibilitats diagnòstiques de l'ecografia durant l'embaràs es relacionen estretament amb una altra de les proves que s'ofereixen de forma rutinària al llarg de la gestació: el diagnòstic prenatal d'anomalies congènites. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), un *defecte congènit* és «tota anomalia del desenvolupament morfològic, estructural o molecular, present en el moment de néixer (encara que es pugui manifestar més tard), externa o interna, hereditària o esporàdica, única o múltiple».<sup>515</sup> Alguns d'aquests defectes poden ser diagnosticats a l'etapa prenatal, mentre que d'altres només es poden diagnosticar després del naixement. No sempre es pot determinar la causa o etiologia d'un defecte congènit, però majoritàriament poden classificar-se en dos

---

<sup>514</sup> *Íbid.*, p. 274. “ Naturally, women hoped that their baby would be normal and did not want to consider the other options”

<sup>515</sup> Vid. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, *op. cit.*, p. 154.

grans grups de causes: les d'origen genètic i les d'origen ambiental o multifactorial. Entre les d'origen genètic trobem aquelles que tenen com a causa una mutació en l'ADN cel·lular que pot afectar el nombre o l'estructura d'algun dels 46 cromosomes organitzats en 22 parells de cromosomes autosòmics i 1 parell de cromosomes sexuals (X i Y). Aquestes anomalies es denominen *cromosòmiques* i suposen entre el 6% i el 7% del total de les anomalies congènites, la més coneguda és sens dubte la síndrome de Down, caracteritzada per l'existència de tres cromosomes 21; per tal de detectar-les abans del naixement s'ha desenvolupat un programa de detecció prenatal de cromosomopaties. Un segon grup d'anomalies d'origen genètic són aquelles que presenten un desordre causat per un defecte en un sol gen i que segueixen els patrons d'herència descrits per Mendel al segle XIX, aquests trastorns mendelians constitueixen entre el 7% i el 8% de totes les anomalies congènites, tot i constituir un grup nombrós de malalties de les quals actualment se n'han descrit més de 4.000; el diagnòstic prenatal d'aquestes malalties només es realitzarà si es té constància d'un cas índex familiar documentat. Aquest diagnòstic es pot realitzar en molts casos abans del naixement, mitjançant l'estudi bioquímic de productes de síntesi o degradació de molècules en líquid amniòtic o en vellositats coriòniques o bé amb estudi d'ADN fetal. Finalment, les anomalies de causa ambiental o multifactorials són aquelles en què el contacte amb certs agents ambientals com alguns microbis, o substàncies tòxiques, així com amb fàrmacs o altres drogues, especialment durant el primer trimestre de la gestació, pot provocar l'aparició d'alguna anomalia congènita en el fetus. Els avenços tecnològics produïts al llarg del segle XX en citogenètica, genètica bioquímica, biologia molecular, així com el perfeccionament de l'ecografia, han permès el diagnòstic amb un alt grau de fiabilitat de molts defectes o anomalies congènites.

El diagnòstic prenatal té com a objectiu la detecció de tots aquests defectes congènits, per fer-ho utilitza dues estratègies. Algunes malalties genètiques i hereditàries, com la malaltia de Huntington, la talassèmia, o la



fibrosi quística poden ser diagnosticades de forma prenatal en aquelles dones que presenten una història familiar de la malaltia i en les quals les tècniques diagnòstiques aniran encaminades a la cerca específica de la malaltia familiar implicada. La segona estratègia s'encamina a la detecció d'un segon grup d'anomalies congènites entre les que s'hi poden incloure alteracions del tipus de la síndrome de Down o els defectes del tub neural, per a la detecció de les quals hi ha mètodes de cribratge que permeten seleccionar aquelles dones que tenen major probabilitat que el seu fetus estigui afectat per algun d'aquests trastorns. A final del segle XX, el tema ha passat a l'àmbit de la salut pública, i s'han elaborat programes de cribratge poblacional prenatal per a algunes de les anomalies congènites més freqüents: la síndrome de Down (present en 1,2/1.000 naixements), els defectes del tub neural (acefàlia 1/1.000 naixements, espina bífida 0,9/1.000 naixements) i les malformacions fetals severes (estructurals i altres defectes 25-45/1.000 naixements).<sup>516</sup>

El cribratge poblacional per a la detecció d'anomalies o malalties consisteix en l'aplicació sistemàtica de mètodes que permeten seleccionar aquells individus aparentment sans, però que presenten un major risc de patir-les.<sup>517</sup> El cribratge no és un mètode diagnòstic, sinó que pretén determinar i identificar aquells individus amb major risc. En el cribratge prenatal d'anomalies congènites es pretén obtenir informació prèvia que permeti establir de forma individual, i amb la major precisió possible, el risc que el fetus estigui afectat per determinades anomalies. Per fer-ho actualment es tenen en compte diferents aspectes:

1. L'anamnesi: permet la valoració del risc basat en criteris epidemiològics com poden ser l'ètnia, l'edat, els antecedents familiars, els factors ambientals,

---

<sup>516</sup> Farrán, I., Pàmols, T., Situación del cribado prenatal de defectos congénitos en España; *Prog Diag Prenat*, 2000, 12(5), pp. 232-245.

<sup>517</sup> Fortuny, A., Marcadores bioquímicos de cromosomopatías; a Cabero, L., (ed), *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2003, pp. 1009-1023.

etc. L'anamnesi és especialment útil per a la determinació de l'edat materna, així com per a la detecció de casos familiars de malalties mendelianes.

2. L'estudi de marcadors bioquímics: els marcadors bioquímics són substàncies presents en sang materna, però que en la seva producció hi ha participat el fetus, la placenta o ambdós. Les concentracions sèriques d'aquests marcadors bioquímics es veuen alterades (augmentades o disminuïdes), quan hi ha un fetus afectat amb determinades anomalies.

3. L'estudi per la imatge: l'ecografia permet establir la presència de modificacions estructurals que, en alguns casos, poden mostrar directament una anomalia, però que en d'altres poden posar de manifest alteracions que sense ser específiques, indiquen un major risc fetal de poder patir determinades anomalies. En el cribratge de cromosomopaties aquestes troballes reben el nom de *marcadors ecogràfics inespecífics* o *soft markers*.

En el cas que el cribratge doni un resultat positiu, caldrà una confirmació de la sospita i en cas de confirmar-se una anomalia greu la dona embarassada pot sotmetre's a una interrupció legal de l'embaràs.<sup>518</sup>

---

<sup>518</sup> La llei orgànica 9/85 de 5 de juliol de 1985 introduí en el codi penal l'article 417bis, el qual despenalitzà l'avortament en tres supòsits. La llei orgànica 10/1995 del Codi Penal va respectar tot allò que contenia l'article 417bis. Els tres supòsits fan referència a: 1ª Que sigui necessari per tal d'evitar un greu perill per a la vida o la salut física o psíquica de la embarassada i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge de l'especialitat corresponent, diferent d'aquell per ell mateix o sota la seva direcció es practiqui l'avortament. En cas d'urgència o risc vital per a la embarassada, es podrà prescindir del dictamen i del consentiment exprés. 2ª Que es presumeixi que el fetus haurà de néixer amb greus tares físiques o psíquiques, sempre que l'avortament es practiqui durant les vint-i-dues primeres setmanes de la gestació i que el dictamen, expressat amb anterioritat a la pràctica de l'avortament, sigui emès per dos especialistes del centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat a l'efecte i diferent d'aquell per qui o sota la seva direcció es practiqui l'avortament. 3ª Que l'embaràs sigui conseqüència d'un fet constitutiu de delictes de violació del article 429, sempre que l'avortament es practiqui durant les dotze primeres setmanes de la gestació i que el mencionat fet hagués estat denunciat. Per tant tots els casos d'anomalies greus detectats durant la gestació poden acollir-se a la despenalització de l'avortament en el segon supòsit.

#### 4.2.1. Els marcadors bioquímics

La determinació dels nivells d'alfafetoproteïna (AFP) en sang materna ha constituït el primer marcador emprat per tal de diagnosticar anomalies congènites. La possibilitat de detecció d'anomalies en el fetus durant la gestació mitjançant el cribratge bioquímic s'inicià l'any 1972 amb la introducció de la determinació en sang materna, durant el segon trimestre de l'embaràs, dels nivells d'AFP per detectar fetus amb defectes oberts del tub neural.<sup>519</sup> L'AFP és una proteïna produïda pel fetus al llarg de la gestació, en el sac vitel·lí, el tracte gastrointestinal i el fetge. Aquesta substància es troba augmentada quan hi ha un defecte en el tancament del tub neural fetal, i per aquest motiu s'utilitzava la seva detecció en sèrum matern durant el segon trimestre d'embaràs. De forma casual, l'any 1984,<sup>520</sup> es va comprovar que els nivells d'AFP es trobaven significativament disminuïts en sang materna en aquelles dones portadores d'un fetus afectat per una síndrome de Down.

Des de la dècada dels setanta del segle XX, s'havia anat introduint de forma progressiva l'aplicació de l'amniocentesi en el segon trimestre per a estudi citogenètic fetal en aquelles embarassades amb risc de tenir un fetus afectat per cromosomopatia relacionada amb l'edat materna, particularment anava enfocada a la detecció de la síndrome de Down.

La trisomia 21 ha esdevingut l'objecte prioritari, encara que no l'únic, en el diagnòstic d'anomalies cromosòmiques fetals per diferents raons: es tracta de l'alteració cromosòmica més freqüent en nascuts, és també la causa més habitual d'endarreriment mental sever, tot i que imprevisiblement variable segons cada cas, i presenta també unes possibilitats de supervivència postnatal més

---

<sup>519</sup> Vid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *op. cit.*

<sup>520</sup> Álvarez\_Nava, F., Soto, M., Padrón, T., Morales, A., Villalobos, D., Rojas de Atencio, A., Prieto, M., Martínez, M.C., Cribado prenatal sérico materno para la detección de anomalías cromosómicas fetales: importancia clínica de los falsos positivos; *Invest. Clin.*, 2003, 44(3), Disponible en: [www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0535-5133200300030000&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0535-5133200300030000&lng=es&nrm=iso) - 9k.

perllongada. Tot i els esforços emprats en la recerca, no s'ha pogut esbrinar quins són els mecanismes responsables de les anomalies citogenètiques de la disjunció i de la seva expressió fenotípica. No hi ha tampoc una explicació satisfactòria de com els gens del cromosoma 21 causen les alteracions anatòmiques, fisiològiques i funcionals pròpies de la síndrome de Down. La seqüenciació de l'ADN del cromosoma 21 ha permès posar en evidència que només conté 225 gens, que comparats amb els 545 del cromosoma 22 de mida similar fa pensar que aquesta seria una possible explicació a la major freqüència de gestacions avançades i nascuts vius en relació amb altres trisomies autosòmiques, perquè l'increment en un 50% en la dosi genètica que aporta una trisomia es manifesta possiblement com a menys letal intrauterinament, a causa que el nombre de gens en excés és menor que en la resta de casos. En els últims anys, els progressos en el cribratge prenatal ha avançat notablement i en aquests moments el risc de naixement d'un nen afectat per una trisomia 21, en aquelles dones que se sotmeten a aquest cribratge, és baix. No hi ha, però, cap mètode de prevenció primària que permeti evitar la trisomia.

Era sabut que l'edat materna (igual o superior als 35 anys) predisposa a la no-disjunció cromosòmica durant l'ovogènesi, i per aquest motiu s'associa l'edat materna augmentada amb un major risc de naixement de nadons afectats per una cromosomopatia (particularment les trisomies 21, 18 i 13). Però, a causa del fet que la majoria de naixements tenen lloc en dones de menor edat, el 80% de naixements de nens afectats de trisomia 21 és produïda en dones de menys de 35 anys; per tant, utilitzar l'edat materna com a criteri per tal d'oferir una tècnica invasiva<sup>521</sup> i diagnòstica a les dones de més de 35 anys, només detectava el 20% dels fetus afectats.

---

<sup>521</sup> La tècnica invasiva més habitualment utilitzada és la amniocentesi. L'amniocentesi consisteix en l'extracció, mitjançant punció transabdominal amb una agulla de calibre 20-22, d'uns 20 ml., de líquid amniòtic. La punció se sol fer sota control ecogràfic. Amb el líquid amniòtic obtingut es poden realitzar diferents determinacions, es pot determinar el nivell d'AFP o també es poden fer cultius de les cèl·lules fetals procedents de la pell o altres teixits del fetus, que es troben en suspensió en el líquid amniòtic. Amb el

El descobriment de l'augment en els nivells d'AFP fou l'inici en la utilització de marcadors o indicadors bioquímics en el cribratge de cromosomopaties o aneuploïdies fetals. El descobriment posterior de nous marcadors, com l'increment de la gonadotropina coriònica (hCG),<sup>522</sup> per Bogart i els seus col·laboradors<sup>523</sup> l'any 1987, i el descens de l'estriol no conjugat (uE3), per Canik i els seus col·laboradors<sup>524</sup> l'any 1988, permeteren establir l'anomenat *triple screening* (triple cribratge). La combinació del risc estimat segons l'edat materna conjuntament amb les determinacions d'aquests tres marcadors (AFP, hCG i uE3), durant el segon trimestre de l'embaràs ha gaudit d'una àmplia difusió. La seva aplicació sistemàtica, entre les 14 i 17 setmanes d'embaràs, permet la

---

cultiu d'aquestes cèl·lules es poden fer determinacions del cariotip fetal per a diagnòstic cromosòmic del fetus. Entre un 1 i un 2% de dones presenten sagnat vaginal o pèrdua de líquid amniòtic després de la punció, en alguns casos això es pot acompanyar d'una pèrdua fetal (en un 0,5% de casos). Una complicació poc habitual (menys de 1/1000) és la infecció o amnionitis posterior a la punció. Vid. Ward, K., Diagnóstico prenatal y genética; a Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*; México, 2005, McGraw Hill Interamericana. El Protocol de Seguiment de l'embaràs de Catalunya xifra el risc de pèrdues fetals associades a aquesta tècnica a fins un 1%. Vid: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, *op. cit.*, p. 158.

<sup>522</sup> La gonadotropina coriònica (hCG) és una hormona secretada pel sincitiotrofoblast placentari des del inici de la gestació. La seva producció s'inicia en fase de blastocist (cap el setè dia després de la fecundació), tot i que no es pot detectar en sang materna fins el novè o desè dia després de l'ovulació, és a dir immediatament després de la implantació. La concentració de hCG en sang materna augmenta de forma ràpida i progressiva per arribar al seu màxim nivell al final del primer trimestre. Des de la desena a la tretzena setmana després de la fecundació, els nivells d'hCG disminueixen lentament, per arribar al final del segon trimestre a unes concentracions de l'ordre del 90% més baixes que en el primer trimestre. Els nivells no tornen a augmentar durant la resta de la gestació. Vid. Hernández, J.M., Morfogénesis y morfología de la placenta a lo largo de la gestación. Fisiología de la unidad feto-placentaria; in Cabero, L., *op. cit.*, pp. 204-216.

<sup>523</sup> Bogart, M.H., Panadian, M.R. Jones, O.W., Abnormal maternal serum chorionic gonadotropin levels in pregnancies with fetal chromosome abnormalities; *Prenat Diagn*, 1987, 7, pp. 623-630.

<sup>524</sup> Canick, J.A., Knight, G.J., Palomaki, G.E., Haddow, J.E., Cuckle, H.S., Wald, N.J., Low second trimester maternal serum unconjugated oestriol in pregnancies with Down's syndrome; *Br J Obstet Gynaec*, 1988, 95, pp. 330-333.

detecció d'entre el 60% i el 80% dels síndromes de Down, amb una taxa de falsos positius d'un 5%, quan s'usa un punt de tall de nivell de risc d'1/250.<sup>525</sup> Algunes modificacions posteriors han consistit a usar la fracció beta lliure d'hCG, fet que ha proporcionat una milloria marginal en els resultats de detecció, o en la utilització de dos marcadors prescindint de la determinació de l'uE3, amb índex de detecció similars i reducció marginal del nombre de falsos positius.<sup>526</sup> Per tal que les determinacions bioquímiques siguin vàlides cal saber amb exactitud el temps de gestació en el moment en el qual s'efectua la determinació. Aquest fet fa imprescindible la realització d'una ecografia prèvia, per tal de determinar sense errors les setmanes exactes d'embaràs.<sup>527</sup> Aquest model, amb dues determinacions bioquímiques i la determinació prèvia de l'edat gestacional mitjançant ecografia, fou introduït en el Pla de salut de Catalunya i és actualment utilitzat en diferents països.<sup>528</sup> Val a dir que ha constituït durant molts anys el model més utilitzat per tal de fer cribratge prenatal de cromosomopaties.

Una de les prioritats inherents al diagnòstic prenatal d'anomalies congènites és la precocitat en el diagnòstic. Entre els avantatges de la detecció i el diagnòstic precoços està la reducció del període d'ansietat lligat a la possibilitat d'incertesa d'una anomalia fetal, i en cas de plantejar-se una interrupció de l'embaràs; la tècnica és més senzilla i amb menys morbiditat física i psicològica quan el diagnòstic es té de forma precoç. L'experiència acumulada amb la detecció en el segon trimestre va permetre comprovar que l'elevació de la fracció beta lliure de l'hormona hCG, en presència d'un fetus amb la síndrome de

---

<sup>525</sup> El punt de tall de 1/250 correspon al risc estadístic que té una dona de 35 anys de tenir un nadó afectat per la síndrome de Down.

<sup>526</sup> Vid Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *op. cit.*

<sup>527</sup> Quan s'inclou en el protocol de seguiment de l'embaràs el cribratge de cromosomopaties, s'inclou també una ecografia de control en el primer trimestre (entre les 8 i 12 setmanes de gestació), que entre altres objectius inclou la determinació de l'edat gestacional.

<sup>528</sup> Vid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *op. cit.*, així com el propi protocol de Seguiment de l'embaràs del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, *op.cit.*

Down era també vàlida per al primer trimestre.<sup>529</sup> Més tard es comprovà que la determinació d'una proteïna específica de la placenta present en el plasma matern (PAPP-A o proteïna A placentària associada a l'embaràs), que ja era coneguda com a factor pronòstic de la viabilitat de la gestació durant el primer trimestre, presentava també una reducció significativa en presència de fetus afectats per la síndrome de Down.<sup>530</sup> La combinació d'aquests dos marcadors (fracció beta de la hCG i PAPP-A), conjuntament amb l'edat materna presenten un índex de detecció del 65% de casos, amb una taxa de falsos positius del 5%.

#### 4.2.2. Els marcadors ecogràfics

L'ecografia, com ja hem vist amb anterioritat, s'ha revelat en les últimes dècades, com un mitjà diagnòstic de considerable fiabilitat per a l'estudi del fetus, al mateix temps ha aconseguit una àmplia aplicabilitat en la pràctica clínica. La utilitat clínica de l'ecografia abans de les 24 setmanes de gestació foren analitzades per Neilson,<sup>531</sup> l'any 1998, en la base de dades Cochrane. Aquest estudi conclou que l'ecografia abans de les 24 setmanes de gestació permet datar correctament l'embaràs, detectar de forma precoç els embarassos múltiples i, a més, contribuir a la detecció precoç d'anomalies fetals disminuint d'aquesta forma la mortalitat perinatal (a causa de la interrupció de l'embaràs en cas de cromosomopatia), però no modifica la morbiditat perinatal. La presència

---

<sup>529</sup> Spencer, K., Mallard, A.S., Coombes, E.J., Macri, J.N., Prenatal screening for trisomy 18 with the free beta hCG as a marker; *BMJ*, 1993, 307, pp. 1455-1458.

<sup>530</sup> Brambati, B., Macintosh, M.C.M., Teisner, B, et al., Low maternal serum levels of pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A) in the first trimester in association with abnormal karyotype; *Br J Obstet Gyneco*, 1993, 100 pp. 324-326.

<sup>531</sup> Neilson, J.P., Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review); *The Cochrane Librar*, Issue 2, (2000), Oxford Update Software.

d'anomalies cromosòmiques en cas de detecció d'una malformació estructural oscil·la entre el 2% quan es tracta d'una malformació aïllada a un 29% quan es detecten malformacions múltiples. L'any 1985 fou descrita una troballa ecogràfica: *el plec nugal*,<sup>532</sup> que consistia a mesurar el gruix del teixit subcutani de la zona nugal. Aquest marcador ecogràfic demostrà una capacitat diagnòstica del 40%, per a un índex de falsos positius de l'1%. Més tard, l'any 1990, Szabo i Gallen descriueren la presència de líquid subcutani a la part posterior de la nuca en el fetus afectat de síndrome de Down, durant el primer trimestre. L'any 1992 es proposà la seva aplicació per al cribratge durant el primer trimestre,<sup>533</sup> i s'incrementà d'aquesta forma la capacitat diagnòstica fins a nivells que oscil·len entre el 76% i el 89%, quan aquest marcador se suma als anteriors.

S'han identificat altres marcadors ecogràfics, que quan es detecten solen anar acompanyats de cromosomopaties, entre aquestes es poden citar: malformacions cardíques majors, atrèsia duodenal, omfalocèle o hidrocefàlia. Aquestes malformacions, encara que apareixin aïllades, serien indicatives per tal de realitzar una amniocentesi, ja que els fetus amb la síndrome de Down solen presentar almenys una d'aquestes malformacions en el 33% dels casos.<sup>534</sup> Hi ha també altres marcadors ecogràfics inespecífics (*soft markers*) que, com ja hem

---

<sup>532</sup> Benacerraf, B.R., Frigoletto, F.D., Lane, A., Laboda, R.D.M.S., Sonographic diagnosis of Down syndrome in the second trimester; *Am J Obstet Gynecol*, 1985, 153, pp. 49-52.

<sup>533</sup> No existeix una explicació plenament satisfactòria per justificar la col·lecció líquida en la zona de la nuca dels fetus amb cromosomopaties. Una explicació parcial seria la presència de cardiopaties que apareixen tant en el cas de fetus cromosòmicament normals com en cas de cromosomopaties. En tot cas, la presència d'aquest marcador confereix un pronòstic desfavorable en relació amb la morbiditat i mortalitat perinatal independentment de la presència de cromosomopatia. Vid. Reynders, C.S., Pauker, S.P., Benacerraf, B.R., First trimester isolated fetal nuchal lucency: significance and outcome; *J Ultrasound Med*; 1997, 16(2), pp. 101-105.; o també Brady, A.F., Pandya, P.P., Yuksel, B., Greenough, A., Patton, M.A., Nicolaidis, K.H., Outcome of chromosomally normal livebirths with increased fetal nuchal translucency at 10-14 weeks gestation; *J Med Genet*, 1998, 35(3): pp. 222-224.

<sup>534</sup> Benacerraf, B.R., Should sonographic screening for fetal Down Síndrome be applied to low risk women?; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000, 15, pp. 451-455.



exposat, poden associar-se a la presència de la síndrome de Down, o a altres cromosomopaties, però que també poden presentar-se en fetus normals; entre aquests marcadors menors es poden citar: el fèmur o l'húmer curts, l'èctasi pèlvica, les calcificacions del múscul papil·lar cardíac, la hiperecogeneïtat de l'intestí o els quists en els plexes coroides.<sup>535</sup>

#### **4.2.3. L'ecografia del segon trimestre**

Actualment es recomana la realització d'una ecografia entre les setmanes 18 i 22 de la gestació que té com a objectius bàsics: el diagnòstic d'anomalies estructurals i la detecció de marcadors ecogràfics de cromosomopaties. Atès que la inspecció ecogràfica en aquestes setmanes de gestació és fonamental per tal de diagnosticar les malformacions, s'aconsella que l'exploració sigui realitzada per un ecografista<sup>536</sup> amb dedicació exclusiva a l'ecografia i que es realitzi en un nivell II d'assistència, és a dir, en un hospital comarcal o provincial dotat d'Unitat de Diagnòstic Prenatal i, per tant, amb capacitat i possibilitat de practicar tècniques invasives fetals, davant de sospites de cromosomopatia. Aquesta exploració ecogràfica confirma el batec cardíac del cor fetal, precisa el nombre de fetus, determina les mesures fetals bàsiques i, a més, realitza un estudi de l'anatomia fetal, que segons protocol ha de seguir una metodologia ordenada i

---

<sup>535</sup> El progressiu augment en el nombre de marcadors ecogràfics menors descrits, fa que la probabilitat de trobar-ne almenys un en un fetus perfectament normal augmenti. Tot i que tots ells presenten una sensibilitat i especificitat constants, el seu valor predictiu positiu quan s'apliquen a la població general el baix.

<sup>536</sup> En el nostre país les ecografies de segon trimestre són realitzades per ginecòlegs especialitzats en ecografia, a altres països són altres els professionals ecografistes. Al regne Unit les llevadores, que prèviament han obtingut l'acreditació de la *Fetal Medicine Foundation*, acostumen a ser els professionals que fan el seguiment de l'embaràs normal i per tant també realitzen les ecografies de control.

precisa.<sup>537</sup> L'aplicació d'aquesta exploració ecogràfica de forma sistemàtica a totes les embarassades permet el diagnòstic d'un nombre important de malformacions estructurals, lligades o no a cromosomopaties, tot i que la capacitat diagnòstica varia segons el tipus de malformació. D'acord amb *l'Eurofetus Study*,<sup>538</sup> realitzat durant els anys 1990-1993, es van confirmar 3.686 fetus que van presentar un total de 4.615 malformacions, de les quals 2.593 es van diagnosticar mitjançant la realització d'una exploració ecogràfica entre les 18 i les 22 setmanes d'embaràs. La sensibilitat de la prova variava significativament segons el tipus de malformació. Les malformacions que afectaven l'aparell urinari o les malformacions en el sistema nerviós central eren les més diagnosticades. En canvi, les malformacions facials o les cardíques eren diagnosticades en menys del 20% dels casos. Xifres similars s'observen en un estudi molt més recent realitzat al Regne Unit en fetus sense anormalitats cromosòmiques. En aquest estudi realitzat a 18.000 embarassades, s'aconsegueixen diagnosticar un 47% de malformacions severes o letals mitjançant una ecografia realitzada a les 18 setmanes d'embaràs; el tipus de malformacions que menys es van poder diagnosticar varen ser les que afectaven el sistema cardiovascular.<sup>539</sup>

---

<sup>537</sup> Aquesta sistemàtica respon a la següent rutina: Després d'un examen ecogràfic, preliminar per determinar la ubicació placentària, i familiaritzar-se amb les característiques de l'abdomen matern, cal explorar les estructures fetals mitjançant talls multidireccionals estàndards, tot utilitzant la sistemàtica següent: cap, coll, tòrax (especialment el cor), columna vertebral, abdomen, extremitats i genitals.

<sup>538</sup> En *l'Eurofetus Study* hi van participar 61 centres distribuïts en 14 països d'Europa (Àustria, Bèlgica, Croàcia, Espanya, Finlàndia, França, Gran Bretanya, Hongria, Itàlia, Luxemburg, Noruega, Polònia, Portugal i Suècia). Tots aquests centres van recopilar dades sobre les malformacions presents en el naixement i diagnosticades ecogràficament al llarg de tres anys (1990-1993). Vid. Granjean, H., Larroque, D., Levi, S., *op. cit.*

<sup>539</sup> Vid. Saltvedt, S., Almström, H., Kublickas, M., Valentin, L., Grunewald, C., Detection of malformations in chromosomally normal fetuses by routine ultrasound at 12 or 18 weeks of gestation – a randomised controlled trial in 39572 pregnancies; *BJOG*, 2006, 113, pp. 664-674.

#### 4.2.4. Estratègies i recomanacions actuals per al cribratge d'anomalies congènites

En aquests moments, el cribratge de cromosomopaties mitjançant els marcadors bioquímics de segon trimestre (amb determinació de l'AFP i la hCG) obté uns resultats àmpliament acceptats, si s'aplica amb la metodologia adequada a les embarassades d'edat inferior als 35-38 anys, que no tinguin cap factor de risc de cromosomopatia.<sup>540</sup> És, per tant, una estratègia que ha obtingut acceptació en molts països europeus. El període òptim per tal de realitzar el cribratge de segon trimestre és entre les 15 i 16 setmanes de gestació.<sup>541</sup> Per tal de determinar amb precisió les setmanes reals de la gestació és important fer prèviament una ecografia.<sup>542</sup> Aquest mètode és el considerat apropiat per a aquells llocs que encara no poden oferir el cribratge de primer trimestre, i constitueix una estratègia de segona línia, en les zones que s'adopti el cribratge de primer trimestre, per a aquelles dones que acudeixen a la consulta prenatal després de les 12 setmanes d'embaràs.<sup>543</sup>

El cribratge mitjançant els marcadors bioquímics, durant el primer trimestre, millora la seva eficàcia quan les determinacions analítiques de la

---

<sup>540</sup> Tot i que alguns investigadors suggereixen un increment de la sensibilitat quan es determina també l'estradiol i alguna altra substància com la inhibina, aquesta opinió no es compartida per la major part de la comunitat científica. Vid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica, *op. cit.*

<sup>541</sup> Aquest marge correspon a les recomanacions del *Documento de Consenso para la detección de cromosomopatias de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*; en el *Protocol de Seguiment i Control de l'embaràs a Catalunya* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'aconsella que l'extracció de sang es realitzi entre les 14 i les 17 setmanes d'embaràs.

<sup>542</sup> Els valors de les determinacions bioquímiques per a cada setmana de la gestació han de ser corregides d'acord amb les característiques pròpies de cada embarassada, en allò relatiu al pes corporal, la raça, el consum de tabac, la diabetis insulíndependent i el nombre de fetus

<sup>543</sup> Bach, C., Sabrià J, Screening bioquímico de aneuploidías; a Pellicer, A., Simón, C., *Cuadernos de medicina reproductiva. Diagnóstico Prenatal*; Madrid, 2001, Ed. Médica Panamericana, pp. 51-73.

fracció beta de la hCG i la PAPP-A es combinen amb la mesura del plec de la nuca fetal realitzat mitjançant ecografia.<sup>544</sup> El cribratge bioquímic del primer trimestre presenta avantatges, principalment relacionats amb la possibilitat d'obtenir un resultat més precoç. La tendència actual consisteix en la progressiva implantació del cribratge bioquímicoecogràfic de primer trimestre. L'alta sensibilitat d'aquesta estratègia permet fins i tot que es pugui oferir a embarassades amb edat superior als 35-38 anys, o amb altres factors de risc, especialment a aquelles que han tingut dificultats per quedar-se embarassades, o que tenen poques possibilitats d'aconseguir-ne un altre en cas de pèrdua fetal secundària a la tècnica invasiva.<sup>545</sup>

Dins dels protocols d'assistència a l'embaràs normal, i per tal de fer la detecció precoç d'anomalies congènites també s'aconsella la realització de

---

<sup>544</sup> Els nivells de PAPP-A tenen major capacitat de discriminació quan es determinen precoçment; per tant aquest marcador ha de ser mesurat abans de la setmana dotze de la gestació. Per altra banda la mesura del plec de la nuca fetal és més efectiva si es realitza entre les setmanes dotze i tretze d'embaràs. Per tant, per tal d'aconseguir l'eficàcia òptima del cribratge de primer trimestre cal obtenir una mostra de sang materna per determinació dels marcadors bioquímics unes dues setmanes abans de realitzar l'ecografia. Un cop feta l'ecografia i establerta la setmana exacta de la gestació i el valor del plec nucal es podrà calcular el risc de cromosomopatia tenint en compte l'edat de la mare, les determinacions bioquímiques i la medició del plec de la nuca fetal. Aquesta estratègia si bé es més complexa permet obtenir un resultat amb un índex de detecció que oscil·la entre el 76% i el 89%, amb una taxa de falsos positius que oscil·la entre el 3% i el 5%. Vid.: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *op. cit.*

<sup>545</sup> *Ídem.* Quan es realitza el cribratge bioquímic-ecogràfic de primer trimestre i s'obté un resultat positiu la prova invasiva d'elecció és la biòpsia corial, doncs degut a la precocitat del resultat la quantitat de líquid amniòtic és insuficient per poder realitzar una amniocentesi. La biòpsia corial consisteix en l'obtenció d'una petita mostra de vellositats corióniques (placentàries) per tal de fer-ne un estudi cromosòmic, proves bioquímiques o d'ADN; generalment la pressa de la mostra es realitza per via transscervical, amb accés vaginal o per via abdominal. S'aspiren entre 10 i 20 mg., de vellositats amb un catèter al que s'aplica pressió negativa mitjançant una xeringa. Les pèrdues de l'embaràs secundàries a la realització de la prova s'estima que són de l'ordre d'un 0,8%, per a més informació relacionada amb aquesta prova es pot consultar: Ward, K., *op.cit.*, pp. 126-128. El Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya xifra aquest risc fins a un 2%. Vid. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, *op. cit.*, p. 158.

l'ecografia de segon trimestre entre les setmanes 18 i 20 d'embaràs per tal de comprovar, com hem explicat abastament, la normalitat anatòmica fetal i descartar la presència d'indicadors ecogràfics de cromosomopaties.

### **4.3. Aspectes socials del diagnòstic prenatal. Reflexions ètiques**

Alguns estudis posen de manifest importants diferències psicològiques, demogràfiques o religioses que fan que el percentatge de dones que declinen realitzar-se proves de cribratge o diagnòstic prenatal variï de forma considerable segons les àrees de procedència; Press i Browner (1997) detecten una acceptació en el 98% de dones estudiades al Regne Unit, mentre que detecten taxes de només el 30% en algunes zones dels Estats Units, però conclouen que són les característiques de cada un dels sistemes sanitaris en els quals s'ofereixen les proves i no tant les característiques personals de cada una de les dones el que modifica les taxes d'acceptació.<sup>546</sup>

En el nostre entorn, el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya inclou el cribratge de cromosomopaties i defectes del tub neural. El Protocol especifica que qualsevol acció en el camp del diagnòstic prenatal de defectes congènits s'ha de fonamentar en una informació acurada, objectiva i comprensible per part dels professionals sanitaris, amb la finalitat que la parella/dona embarassada disposi de la informació adequada sobre el procés global que té com a objectiu la detecció del risc i el diagnòstic d'anomalies congènites; aquesta informació ha d'incloure les indicacions, beneficis, limitacions i inconvenients de cadascuna de les proves que se li ofereixen, a fi i

---

<sup>546</sup> Press, N., Browner, C.H., Why women say yes to prenatal diagnosis?; *Soc Sci Med*, 1997, 45(7), pp. 979-989.

efecte que puguin decidir lliurement si volen accedir o no al diagnòstic prenatal i, posteriorment, considerar, d'acord amb el resultat, les opcions disponibles.

En aquests moments, un nombre molt alt de les dones embarassades se sotmeten a aquestes proves de cribratge d'anomalies congènites en l'àmbit sanitari català. La informació prèvia a la realització de les diferents proves és facilitada a la consulta de seguiment de l'embaràs, moltes vegades durant la primera visita, per la llevadora o el ginecòleg. Aquestes proves s'inclouen dins la rutina de l'atenció prenatal i s'han integrat amb total normalitat en el protocol d'assistència.

Tot i aquesta aparent normalitat podem interrogar-nos sobre diferents qüestions. El diagnòstic prenatal d'anomalies congènites presenta com a objectiu últim la detecció de fetus afectats d'algun tipus d'anomalia davant la qual la parella/dona embarassada s'haurà de plantejar la difícil decisió d'interrompre l'embaràs. Aquesta enorme capacitat tecnològica modifica la percepció de l'embaràs? La normalització de les proves de diagnòstic prenatal pressuposen una major responsabilitat per a la parella/dona embarassada, que s'enfronten al pes d'un sistema social que els exigeix prendre decisions extraordinàriament difícils, en circumstàncies emocionalment complicades? Quin paper han de jugar els professionals sanitaris en el procés d'informació i assessorament? És possible, o fins i tot desitjable, una informació o assessorament no directiu, per part dels professionals sanitaris, en l'àmbit de la consulta prenatal?

#### **4.4. Percepció de l'embaràs i vinculació entre mare i fetus en el diagnòstic prenatal**

En els últims anys han sovintejat els estudis dedicats a determinar l'impacte que les proves de cribratge i diagnòstic prenatal han tingut sobre la

dona embarassada. El novembre de 1991 el *National Institute of Health* dels Estats Units va organitzar una trobada amb el títol: *Reproductive genetic testing: impact on women*. Alguns treballs de recerca realitzats amb posterioritat a aquesta data han posat de manifest que algunes d'aquestes proves condueixen a allò que s'ha anomenat *the tentative pregnancy*. Barbara Rothman<sup>547</sup> fou de les primeres a utilitzar aquest terme per tal de posar de manifest el canvi que es produeix en l'experiència i la percepció de les dones a causa de l'impacte del diagnòstic prenatal. Realitzà el seu treball investigant en parelles i dones que acudien als centres de consell genètic, o que havien avortat com a conseqüència de les proves, o que havien decidit avortar després del diagnòstic de patologia fetal. El resultat del seu treball fou que per a moltes dones l'experiència de l'amniocentesi (fins i tot més que la de l'avortament) provocava molta ansietat, i fins i tot podia definir-se com una experiència traumàtica. El que Rothman posà en evidència és el fet que per a moltes dones que opten per fer-se l'amniocentesi existeix l'embaràs, però en el seu imaginari no existeix el fill com a tal; l'embaràs esdevé un fet insegur, és a dir, del que no se'n sap el resultat mentre no es rebí la confirmació medicosanitària de l'estat de salut del fetus. El compromís de la dona amb el seu propi embaràs esdevé incert, vacil·lant. En realitat, la dona, i també la seva parella, saben que si el fill tingués alguna anomalia el procés finalitzaria amb una interrupció legal de la gestació. Tot i comprovar que les dones afrontaven aquest estat d'incertesa i estrès amb molta variabilitat, una cosa semblava clara: mentre que abans de l'aparició de les tècniques de cribratge i diagnòstic prenatal la relació que s'establí entre la mare i el fetus era de tipus emotiu, una relació de simbiosi, després de l'aplicació de les tècniques de cribratge i diagnòstic prenatal el fetus s'ha fet visible en la imaginació de la mare, i s'ha convertit d'aquesta forma en un altre ésser diferent a ella mateixa. Algunes autores feministes han afirmat que certes noves tecnologies, entre aquestes les relacionades amb el

---

<sup>547</sup> Vid. Rothman, B.K., *The tentative Pregnancy*; New York, 1986, Viking Press, o també. Rothman, B. K., *The tentative Pregnancy: Then and Now*; *Fetal Diagn Ther*, 1993, 8, sup. 1, pp. 60-63.

diagnòstic prenatal, han transformat l'experiència femenina de l'embaràs, i l'han fet similar a l'experiència masculina. L'embaràs i el fetus s'objectiven, mentre que la subjectivitat de la dona ni s'escolta ni es comprèn.<sup>548</sup> Aquesta pèrdua de poder i control sobre el seu propi embaràs en favor de la classe mèdica és també evidenciada per Narotzky,<sup>549</sup> que posa de relleu la pèrdua de rellevància de les percepcions de la mateixa embarassada, ja que queden desplaçades pels criteris més científics que aporta el personal sanitari. Per a Narotzky, aquesta objectivació del fetus fa que l'ecografia efectuada en fases precoces de l'embaràs proporcioni una vinculació intensa tant de la mare com de la seva parella amb el fetus.

#### **4.4.1. L'acceptació de les proves de cribratge i diagnòstic prenatal**

La promoció del consentiment informat constitueix un aspecte central del diagnòstic prenatal de defectes congènits. Un consentiment informat veraç i autèntic esdevé la clau per tal que el procés assistencial de diagnòstic prenatal es distanciï de la pràctica eugènica àmpliament estesa en dècades anteriors. Tanmateix, en l'àrea del cribratge i el diagnòstic prenatal el concepte de *consentiment informat* ha d'entendre's en un sentit ampli, ja que en realitat es tracta d'un procés d'elecció informada, en el qual les diferents proves de cribratge i diagnòstic que l'actual estat de la tecnologia sanitària presenta amplien les possibilitats d'elecció per part de les dones embarassades i les seves parelles que han de decidir d'acord amb els seus principis i valors si s'hi volen sotmetre o no.

---

<sup>548</sup> Vid. Marisco, G., *op., cit.*, pp. 149- 162.

<sup>549</sup> Narotzy, S., *op., cit.*, p. 56.



El concepte d'elecció informada en l'àrea del cribratge prenatal esdevé complexa. Press i Browner (1997)<sup>550</sup> afirmen que el model desenvolupat per McKinlay (1982) pot aplicar-se a l'expansió ràpida del cribratge prenatal mitjançant la determinació en sang materna de l'alfafetoproteïna. El sociòleg John McKinlay defensà una teoria que esdevé crítica amb les tesis que afirmen que les innovacions mèdiques són acceptades com a estàndards d'assistència després d'una acurada avaluació de les seves indicacions i eficàcia. MacKinlay identificà diferents fases en el procés d'implementació de les innovacions en tecnologia sanitària: en primer lloc, hi ha una fase que ell anomena d'*informes prometedors*,<sup>551</sup> en la qual apareixen en les revistes científiques de més prestigi informes en els quals es fa èmfasi en les innovacions tecnològiques i les seves promeses de futur. S'inicia una nova fase en la qual es publiquen estudis pilot en els quals s'avaluen les bondats de les noves tecnologies i els seus beneficis per als futurs usuaris d'aquestes. A continuació, es produeix la consolidació de l'acceptació de les innovacions, ja que les associacions professionals promouen mobilitzacions de suport i pressionen les institucions per tal que destinin recursos que permetin l'extensió de les noves tecnologies. Finalment, arriba la tercera fase; si les autoritats sanitàries accepten incloure la innovació dins les seves polítiques sanitàries s'arriba a un punt de no-retorn,<sup>552</sup> en què la tecnologia esdevé part de la rutina sanitària. L'entusiasme i adhesió de l'usuari de la tecnologia hauria de ser l'estadi següent, però aquesta adhesió es produeix sense reticències a causa de l'interès dels col·lectius professionals que han fet pressió per tal que la tecnologia s'ofereís a la col·lectivitat i, per tant, la converteixen en indicació dins la seva activitat assistencial. Per a Press i Browner, el model de McKinlay explicaria la inclusió sistemàtica de la prova dins la rutina prenatal, però no seria suficient per explicar l'alt nivell d'acceptació per

---

<sup>550</sup> Press, N., Browner, C.H., *op. cit.* p. 979.

<sup>551</sup> *Ídem.* "Promising reports"

<sup>552</sup> *Íbid.*, p. 980. "Point of no return"

part de les dones embarassades després d'un correcte procés d'elecció informada. Press i Browner identifiquen, mitjançant un ampli estudi de recerca realitzat a Califòrnia entre 1989 i 1992<sup>553</sup>, diferents aspectes clau que contribueixen a l'acceptació massiva de les proves de cribratge i diagnòstic prenatal per part del col·lectiu de dones embarassades. En primer lloc, el fet que l'oferiment de les proves estigui inclòs dins els protocols de seguiment de l'embaràs, així com les múltiples sessions informatives realitzades amb el personal sanitari creen una cultura professional que aconsegueix que tots els professionals s'adhereixin a l'oferiment sistemàtic de les proves a totes les dones embarassades; de fet, l'omissió de la seva oferta pot comportar conseqüències legals per als professionals. L'oferiment sistemàtic de les proves com a part de la rutina prenatal no explicaria, però, l'alt grau d'acceptació per part de les dones embarassades. En aquest punt, els autors observaren que la informació era facilitada pel personal d'infermeria durant la primera cita de control prenatal; la informació de la prova formava part de les múltiples activitats informatives que es realitzen durant la mitja hora que dura l'esmentada primera visita. La menció a la determinació de l'alfafetoproteïna estava enmig d'altres informacions relacionades amb la resta de determinacions analítiques. Generalment, les infermeres i llevadores es referien a la prova com a recomanada i no tant com a

---

<sup>553</sup> *Ibid.*, en la p. 982 els autors presenten una amplia descripció de la metodologia emprada en el seu treball de recerca. L'estudi el realitzaran recullin dades sociodemogràfiques i d'història reproductiva d'una mostra de 595 embarassades. Posteriorment realitzaren entrevistes personals a 158 dones embarassades de diferents ètnies, classe social i religió, tanmateix completaren l'estudi realitzant observació participant mentre es realitzava el control prenatal en el que les embarassades rebien assessorament sobre la prova de cribratge bioquímic, en el que s'inclouïa la determinació de l'alfa-feto proteïna. Les entrevistes personals es realitzaren després de des 24 setmanes de gestació, quan les embarassades disposaven ja dels resultats referents a les proves de cribratge, en l'entrevista s'inclouïen temes relacionats amb la comprensió que les dones havien aconseguit, així com les actituds i les experiències personals relacionades amb el diagnòstic prenatal. També preguntaven sobre les practiques d'autocura durant la gestació, les actituds enfront del control prenatal, enfront de la maternitat i la cura del nadó, i les actituds i experiències personals enfront de les minusvàlies.

voluntària. Durant la visita s'oferia a les dones embarassades el document informatiu elaborat des del departament de salut corresponent, en el qual s'oferia el test juntament amb el document de consentiment que la dona havia de signar. Segons els autors, aquesta documentació encoratjava les dones embarassades a acceptar la prova, i no tant a pensar de forma acurada el significat d'aquesta, ja que les dones entenien que es tractava d'una prova més, que comptava amb el suport i recolzament de les autoritat sanitàries. De fet, el 85% de les dones que acceptaren fer-se la prova contestaren un simple «No» a la pregunta: Vares pensar molt abans d'acceptar de fer-te la prova?<sup>554</sup> Per a la majoria de les dones constituïa una prova més dins el protocol de control del seu embaràs.<sup>555</sup> La majoria de dones consideraven que el compliment de les recomanacions dels programes de seguiment i control de l'embaràs constitueix una responsabilitat de les dones embarassades; i l'incompliment de les recomanacions es podia traduir en algun efecte desfavorable en el fetus. Per als autors de l'estudi, hi havia una acceptació general de la idea que totes les activitats assistencials i educatives que s'ofereixen des del sistema sanitari anaven encaminades a millorar la salut de la mare i el fetus; en aquest context, les proves de cribratge no eren correctament valorades com a proves encaminades a identificar fetus portadors de problemes greus i en els quals davant el diagnòstic l'únic que el sistema podia oferir era la possibilitat d'un coneixement que permetria una preparació psicològica abans del naixement o la interrupció de l'esmentat embaràs. En aquest sentit, són significatives frases del tipus: «Jo em faré totes aquelles proves que puguin ser beneficioses per al meu bebè».<sup>556</sup>

---

<sup>554</sup> *Íbid.*, p. 984. "Did you think a lot before you decided to be tested?"

<sup>555</sup> En l'estudi es fa esment a una dona que en un embaràs anterior s'havia negat a la realització de les proves de cribratge i finalment acceptà la realització de la mateixa, doncs es sentí pressionada pel sistema per tal de realitzar-la tot i tenir clar que encara que el resultat de la mateixa fos positiu, ella no voldria interrompre l'embaràs: Es significatiu al respecte la frase de l'esmentada dona en la que diu: "Be, aquí teniu el meu braç, preneu la sang!". *Íbid.*, p. 984 "Fine, here's my arm, take my blood"...

<sup>556</sup> *Íbid.*, p. 986: "I'll take any test that can better my baby"

Aquesta conceptualització de les proves de cribratge dins de la rutina del control prenatal n'ocasiona una alta acceptació. El cribratge prenatal queda conceptualitzat dins els avantatges del control prenatal i en l'imaginari de les embarassades la finalitat de les proves per tal d'identificar els fetus afectats d'anomalies importants i la consegüent interrupció de l'embaràs queda atenuada, i aquesta connexió només apareix en un segon moment del procés. En el moment en què les dones accepten la prova, aquesta s'inclou dins la idea que forma part de totes aquelles recomanacions i consells propis dels programes de seguiment de l'embaràs que els proporcionaran majors coneixements, estabilitat emocional i, especialment, la prevenció de complicacions maternes i fetals.

#### **4.4.2. Informació i consentiment informat en ecografia i diagnòstic prenatal d'anomalies congènites**

És en aquest context de complexitat on els professionals han d'oferir en la seva tasca diària, com a part de la rutina assistencial, les proves de cribratge i diagnòstic prenatal d'anomalies congènites. Són abundants els estudis i treballs que aborden el paper dels professionals en aquest camp d'actuació: Caplan (2000)<sup>557</sup> establia que per tal que l'assessorament prenatal (*prenatal counseling*) fos correcte calia que les decisions fossin preses per les dones de forma voluntària, després d'un procés correcte de consentiment informat en el qual totes les opcions fossin clarament explicades; no s'havia de penalitzar cap dona que decidís continuar un embaràs amb un fetus afectat; mai s'havia d'exercir cap tipus de coacció; s'havia de deixar un espai per a la deliberació i les decisions individuals havien de prendre's d'acord amb els propis valors.

---

<sup>557</sup> Caplan, A., *Eugenics and genetics*; Paper presented at Kings College; London, February 2000.

A Espanya, la Secció de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) afirmà l'any 2001:<sup>558</sup>

«L'embarassada necessita tenir un coneixement molt clar, tant del que significa el test de cribratge com de les limitacions d'aquest, per tal que un cop informada pugui prendre lliurement la decisió de sotmetre's o no a aquest. A més, ha de saber que un resultat negatiu del cribratge no proporciona seguretat absoluta que el nen no corre ja cap risc, d'aquí que es recomani que s'ha de ser molt cautelosos a l'hora d'informar per tal de no crear falses expectatives. Finalment, cal tenir en compte que en el procés de cribratge, l'última i temuda opció és haver de decidir sobre la interrupció terapèutica de l'embaràs, opció que és considerada per molts professionals sanitaris amb dificultat, però realment qualsevol que siguin les seves reserves personals o sentimentals, el test s'ha d'oferir a les dones gestants de forma neutral, presentant els beneficis, limitacions i conseqüències d'una forma absolutament objectiva».

---

<sup>558</sup> Carrera, J.M., Gallo, M., López M., Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos; a Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *Manual de asistencia al embarazo normal*; Madrid, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2001, 2ª ed., pp. 403-458. “Por lo tanto la gestante necesita tener un conocimiento muy claro, tanto de lo que significa el test de cribado como de las limitaciones del mismo, para que así una vez informada pueda tomar libremente la decisión de someterse o no al mismo. Además debe de saber que un resultado negativo del cribado, no proporciona seguridad absoluta de que el niño no corre ya ningún riesgo, de ahí que se recomiende ser muy cautos a la hora de informar para que no se creen falsas expectativas. Por último hay que tener en cuenta que en el proceso de cribado, la última y temida opción es el tener que decidir sobre la interrupción terapéutica del embarazo, opción que es considerada por muchos profesionales sanitarios con dificultad, pero realmente cualesquiera que sean sus reservas personales o sentimentales, el test debe ser ofrecido a las gestantes de manera neutral, presentando sus beneficios, limitaciones y consecuencias de un modo absolutamente objetivo. “

Per a tots els autors és important facilitar una informació correcta a les embarassades. La informació suficient i veraç és un principi bàsic per tal de poder prendre decisions informades;<sup>559</sup> tot i que la legislació vigent estableix que la informació medicosanitària, habitualment, es donarà de forma verbal, moltes societats científiques, així com les institucions sanitàries han elaborat documents de consentiment informat que són lliurats a les dones embarassades, durant les consultes prenatales, i que constitueixen al mateix temps un suport escrit de la informació bàsica i alhora recullen la signatura de la dona embarassada, per tal de deixar constància de la seva acceptació o denegació a la realització de cada una de les proves.

Determinar quina és la informació que es considera suficient per tal d'obtenir un consentiment informat vàlid és un tema complex i delicat, però més difícil esdevé el tipus de relació en la qual ha de tenir lloc el procés d'informació i assessorament. Per a Carreras (2001), s'ha d'informar però mai s'ha d'aconsellar; per a aquests mateixos autors s'ha realitzat una traducció incorrecta de la paraula anglesa *counseling* a l'espanyol, ja que moltes vegades s'utilitzen els termes *consell genètic* o *consell reproductiu*, quan en realitat s'hauria d'emprar l'expressió *assessorament*. Segons aquest model de relació, el professional sanitari té la funció d'informar de forma clara i correcta a la pacient, però mai ha d'aconsellar-la, encara que l'embarassada així ho sol·liciti amb preguntes del tipus: «Què faria vostè en el meu cas», «i si fos la seva

---

<sup>559</sup> En aquest sentit es manifesten la *Ley General de Sanidad* que en el seu article nº 10 especifica que la informació ha de ser: suficient, clarificadora, veraç i adequada a les circumstàncies. També la llei 41/2002 *básica reguladora de la autonomia del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* reconeix en els seus articles 2 i 4 que el pacient ha de rebre una informació adequada que comprendrà com a mínim la finalitat i la naturalesa de cada intervenció, els seus riscos i les seves conseqüències. La informació serà vertadera i es comunicarà al pacient de forma comprensible i adequada a les seves necessitats i l'ajudarà a prendre decisions d'acord amb la seva pròpia i lliure voluntat

esposa...».<sup>560</sup> Però en aquest punt no tots els autors es mostren d'acord; per a Marsico (2003):<sup>561</sup>

«En aquesta situació, i en alguns casos, les dones poden sentir el pes d'un sistema social que les posa davant el “deure” i la “responsabilitat” de prendre decisions força difícils, moltes vegades en circumstàncies de gran desorganització, on no hi ha una vertadera i autèntica orientació que acompanyi el procés de decisió abans i després dels tests».

D'acord amb l'anàlisi d'Emanuel & Emanuel hi ha quatre models diferents en la relació assistencial: el paternalista, l'informatiu, l'interpretatiu i el deliberatiu.<sup>562</sup>

En el model paternalista, l'obligació del metge/professional sanitari és assegurar-se que el pacient rep aquelles intervencions més adients per tal de garantir la seva salut i el seu benestar. Per aconseguir-ho els professionals sanitaris actuen d'acord amb el que els indiquen els seus coneixements; es fonamenten en la millor evidència disponible, els professionals determinen la situació clínica del pacient, escullen les proves diagnòstiques més adients i apliquen el tractament més adequat en cada cas. Per tant, el metge i els professionals sanitaris donaran al pacient una informació seleccionada que el conduirà a consentir, en aquella intervenció més adequada d'acord amb el criteri mèdico-sanitari. Actualment aquest model és rebutjat per la majoria d'autors, perquè nega la capacitat d'autonomia del pacient i el metge actua com a tutor.

---

<sup>560</sup> Vid. Carrera, J.M., Gallo, M., López M., *op. cit.*, pp. 403-458.

<sup>561</sup> Marsico, G., *op. cit.*, p. 153. “En esta situación y en algunos casos, las mujeres pueden sentir el peso de un sistema social que las pone frente al “deber” y la “responsabilidad” de tomar decisiones bastante difíciles, muchas veces en circunstancias de gran desorganización, donde no existe una verdadera y auténtica orientación que acompañe el proceso de decisión antes y después del test”

<sup>562</sup> Emanuel, E., Emanuel, L., Cuatro modelos en la relación médico paciente; a Couceiro, A., *Bioética para clínicos*; Madrid, Triacastela, 1999, pp. 109-132.

La defensa que s'ha fet en les últimes dècades de la sobirania del pacient, entesa com una major capacitat d'elecció i control d'aquest sobre les decisions mèdiques, ha consolidat el model informatiu com el més adient en múltiples fòrums. En el model informatiu, anomenat de vegades com a model científic, model tècnic, o model del consumidor, el professional sanitari assoleix un rol d'expert tècnic, en el que ha de facilitar informació veraç, mantenir la competència tècnica de la seva especialitat, i consultar amb altres professionals en cas que la seva competència tècnica sigui insuficient. En aquest model l'objectiu es que els professionals proporcionin al pacient tota la informació rellevant per tal que aquest pugui triar la intervenció mèdica que desitgi; un cop el pacient ha escollit, el professional es limita a executar la intervenció. D'acord amb Emanuel & Emanuel en el model informatiu hi ha una clara diferenciació entre els fets i els valors; els valors del pacient són coneguts i estan clarament definits, l'obligació del professional és facilitar al pacient totes les dades disponibles, per tal que sigui ell qui des dels seus valors prengui les decisions. En aquest model no hi ha lloc per els valors dels professionals sanitaris, no es necessària la comprensió dels valors del pacient.

Tot i el predomini i la gran acceptació del model informatiu, són nombrosos els autors que consideren que el model informatiu és molt àrid, ja que pensen que la relació sanitari-pacient ha de basar-se en la confiança i el respecte. Per tal de fer èmfasi en la confiança i el respecte mutu entre professional i pacient ens cal aprofundir en els models: interpretatiu i deliberatiu.

En el model interpretatiu, l'objectiu de la relació sanitari-pacient és determinar els valors del pacient i ajudar-lo a triar d'entre totes aquelles intervencions mèdiques disponibles aquelles que donin una satisfacció millor als seus desitjos. En aquest model, el professional sanitari és un conseller, que desenvolupa un paper consultiu. El professional, de la mateixa forma que en el model informatiu ha de facilitar tota la informació disponible; però en aquest model el professional ha d'ajudar al pacient a aclarir i articular els seus valors, i a determinar quina de les intervencions mèdiques desenvolupa de millor forma els



valors del pacient. D'acord amb aquest model els valors del pacient no són necessàriament fixes i inamovibles, i no sempre són ben coneguts per part del pacient. Sovint no estan prou definits i poden entrar en conflicte quan s'apliquen a la situació mèdica concreta. Per tant, el professional ha de treballar conjuntament amb el pacient amb l'objectiu de delimitar les aspiracions, les responsabilitats i el caràcter de les decisions. Portant el model a l'extrem el professional sanitari ha de concebre la vida del malalt com a un tot discursiu des del que s'han de determinar els seus valors i les seves prioritats, per tal d'ajudar al pacient a determinar i decidir quines proves i tractaments desenvolupen de millor forma els seus valors. El metge o el professional sanitari no ha d'imposar les seves ordres al pacient, sinó que és sempre el pacient, qui en última instància decideix quins valors i formes d'actuar s'adeqüen millor a la seva forma de ser. El professional sanitari no ha de jutjar mai els valors del pacient; només l'ajuda a comprendre'ls i contextualitzar-los en la situació mèdica concreta.

Finalment, el model deliberatiu té com a objectiu ajudar el pacient a determinar i triar d'entre tots els valors relacionats amb la seva salut aquells que són els millors. Amb aquesta finalitat el professional sanitari ha de donar, de la mateixa forma que en els models anteriors, la informació sobre la situació clínica del pacient; però en aquest cas ha d'ajudar-lo, posteriorment, a dilucidar els tipus de valors implícits en les diferents opcions disponibles. En aquest cas entre els objectius del professional sanitari s'ha d'incloure indicar i aconsellar que certs valors relacionats amb la salut tenen més valor i per tant s'ha d'aspirar a assolir-los. Portat a l'extrem, professional i pacient han de comprometre's en una deliberació conjunta. El professional analitzarà en aquesta deliberació aquells valors relacionats amb la salut i tindrà present que molts elements de la moralitat no estan relacionats amb la situació clínica del pacient, i que per tant, es situen fora de la relació professional. El professional en aquesta deliberació conjunta no ha d'anar més enllà de la persuasió moral i ha d'evitar la coacció. En aquest model, el professional sanitari indica no només que és el que el pacient podria

fer, sinó que, coneixent el pacient i desitjant el millor per a ell, l'ajuda a prendre aquella decisió que seria més adequada per al mateix pacient.<sup>563</sup>

Per a alguns autors, especialment des de la perspectiva de l'ètica feminista,<sup>564</sup> el model deliberatiu és el més adequat en el context del cribratge i diagnòstic prenatal d'anomalies congènites, ja que aquest model permet una deliberació conjunta entre professionals i usuàries. Per a Asch (1995),<sup>565</sup> el model deliberatiu obliga professionals i usuàries a interrogar-se no només sobre les implicacions de la interrupció d'un embaràs d'un fetus amb alguna imperfecció (en termes de risc, beneficis, efectes secundaris...), sinó que comporta també un diàleg sobre el significat que des d'una perspectiva feminista pot comportar l'avortament d'un fetus imperfecte quant a opressió per a les pròpies dones; el model deliberatiu permetria també aprofundir en les diferents formes d'opressió que sorgeixen d'una societat paradoxalment intolerant amb la diferència i, finalment, ajudaria les usuàries a prendre decisions que no tan sols serien preses en el seu propi interès, sinó en el del conjunt de les dones, incloent-hi les dones que pateixen discapacitats i aquelles que hagin triat continuar un embaràs d'un fetus afectat per una discapacitat. Tanmateix cal considerar, d'acord amb Abel (1994) la necessitat de competència en habilitats comunicatives per part dels professionals sanitaris:

“ Considero, doncs, una greu responsabilitat que tots els que treballin en diagnòstic prenatal i es relacionin directament amb els pacients

---

<sup>563</sup> Sobre els quatre models de relació assistencial tornarem a fer-hi èmfasi en un apartat posterior d'aquest treball. Vid. pp. 531-536.

<sup>564</sup> Tong, R., M., *op. cit.*, pp. 236-237.

<sup>565</sup> Asch, A., Can Aborting Imperfect Children Be Inmoral?; a Arras, J., D., i Steinbock, B., *Ethical Issues in Modern Medicine*; Mountain View, Califòrnia, Mayfield Publishing Company, 1995, p. 389, citat a Tong, R.M., *op. cit.*, p. 238.

desenvolupin les habilitats comunicatives i que aquestes puguin ser objectivades”<sup>566</sup>

Altres autors afirmen que més enllà de considerar si és desitjable o no seguir un model neutre i no directiu propi del model informatiu, aquest no és possible en la pràctica diària dels programes de detecció d'anomalies congènites. El terme *genetic counseling* fou introduït als EUA per Reed l'any 1947<sup>567</sup> per descriure una nova àrea d'actuació orientada per la genètica en la pràctica clínica: aquesta nova perspectiva tenia en compte el respecte a la pluralitat i diferència de valors que podien haver-hi entre el professional que exercia de conseller i el pacient que rebia l'assessorament, per tal d'evitar caure en l'eugenisme que s'havia practicat a l'Europa nazi, així com als EUA durant la primera meitat del segle XX. El nou camp del *genetic counseling* en medicina va propugnar ràpidament un enfocament de la relació metge-pacient no directiva en la qual el professional proveïa informació, però no donava consells; el procés de presa de decisions s'havia d'acompanyar d'una total imparcialitat per part del professional. Tot i el consens que ràpidament es produí sobre la necessitat de respecte a l'autonomia dels pacients, en la presa de decisions, en temes relacionats amb el camp de la genètica, molts autors començaren a qüestionar si això era possible en la pràctica diària (Clarke, 1991; Kessler 1992; Burke and Kolker, 1994). L'any 1997, Bartels et al.<sup>568</sup> varen realitzar un estudi sobre

---

<sup>566</sup> Abel, F., Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: La decisión ética; a Gafo, J., (ed.) *Consejo genético: aspectos biomédicos e implicaciones éticas*; Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1994, pp. 147-165. “ Considero, pues, una grave responsabilidad que cuantos trabajen en diagnóstico prenatal y se relacionen directamente con los pacientes desarrollen las habilidades comunicativas y que éstas puedan ser objetivadas”. Sobre la necessitat de formació en habilitats comunicatives per part dels professionals sanitaris en tornaren a parlar el les conclusions d'aquest treball.

<sup>567</sup> Oduncu, F., S. The role of non-directiveness in genetic counseling; *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2002, 5, pp. 53-63.

<sup>568</sup> Bartels, D., M., LeRoy, B., S., McCarthy, P., Caplan, A., L., Nondirectiveness in Genetic Counseling : A Survey of Practitioners ; *American Journal of Medical Genetics*, 1997, 72, pp. 172-179.

professionals del National Society of Genetic Counselors, d'un conjunt de 383 professionals, un 96% reconeixien que l'enfocament no directiu era important en la pràctica clínica, però un 72% en ocasions actuaven emprant pràctiques que es podien considerar directives. Les situacions més habituals per a aquest comportament havien inclòs: les dificultats per assegurar-se que el procés de comunicació verbal i especialment no verbal era neutre, quan la millor elecció era molt clara, quan per als clients era extremadament difícil realitzar una elecció o en casos en què havien de recomanar alguna prova específica. Un altre estudi realitzat al Regne Unit per Michie et al.,<sup>569</sup> l'any 1997, identificà que la classe social del pacient i el nivell d'estudis del professional eren dues variables clau que influïen en el nivell de neutralitat de la relació assistencial. En aquest sentit, el mateix any 1997, Barbara Bernhardt<sup>570</sup> comentant els resultats de Michie afirmava que hi havia evidència empírica que el *genetic counseling* era una pràctica assistencial bàsicament directiva. Kessler<sup>571</sup> s'afegí de nou a la discussió afirmant que calia definir què es considerava una pràctica directiva i no directiva. Per a ell, una pràctica directiva implicava coacció, però no considerava que els consells o recomanacions poguessin esdevenir pràctiques que coartessin la llibertat individual. Si generalment en la literatura els termes "relació assistencial directiva" i "relació assistencial no directiva" s'havien conceptualitzat com a contràries i mútuament excloents es comprovà que en la pràctica empírica de la relació assistencial hi havia una àmplia zona grisa entre els dos termes, on

---

<sup>569</sup> Michie, S., Bron, F., Bobrow, M., Marteau, T., M., Nondirectiveness in Genetic Counseling : An Empirical Study ; *American Journal on Human Genetics*, 1997, 60, pp. 40-47.

<sup>570</sup> Bernhardt, B.A., Empirical Evidence that Genetic Counseling is Directive: Where Do We Go from Here? ; *American Journal of Human Genetics*, 1997, 60, pp. 17-20.

<sup>571</sup> Kessler, S., Genetic Counseling is Directive? Look Again; *American Journal of Human Genetics*, 1997, 61, pp. 466-467.

hi tenien cabuda la majoria de les pràctiques diàries del consell i l'assessorament genètic.<sup>572</sup>

Aquest interessant debat es desenvolupà en referència a tot tipus de relació assistencial relacionada amb el camp de la genètica (proves per a detecció de malalties hereditàries, detecció de portadors de malalties genètiques...) on el *genetic counselling* el realitzaven professionals especialitzats en genètica; en canvi, en el cas que ens ocupa: l'assessorament en les proves de cribratge i diagnòstic prenatal, l'oferiment de les proves es realitza en la consulta dels centres d'assistència primària i el porten a terme professionals no especialitzats en genètica com són els ginecòlegs i llevadores, que, a més, en la seva pràctica habitual intenten persuadir les dones embarassades per tal que adoptin estils de vida saludables.<sup>573</sup> En aquest cas els dilemes que es presenten són encara més nombrosos. Williams et al. (2002),<sup>574</sup> en un estudi empíric identificaren un nombre important de dilemes que posaren en evidència un conjunt de setanta professionals sanitaris de dos hospitals del Regne Unit on s'oferien proves de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites. Els professionals varen descriure un nombre important de circumstàncies on consideraven que el consell o assessorament neutre i no directiu no era possible o en tot cas no era apropiat en una determinada situació. Alguns professionals reconeixien que en alguns casos, tot i voler tenir una actuació neutra i no directiva, mirant-ho de

---

<sup>572</sup> Oduncu, F., S. The role of non-directiveness in genetic counselling; *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2002, 5, pp. 53-63.

<sup>573</sup> L'atenció integral a la dona i el nen en el si dels programes d'atenció maternoinfantil o d'atenció a la dona es basen en la promoció de la salut integral de la dona i el nadó i inclou l'atenció a la planificació familiar, la detecció precoç del càncer ginecològic, l'atenció al climateri, a més, de l'atenció a l'embaràs, al part i al puerperi, l'educació maternal, el consell genètic i el diagnòstic prenatal. Vid. Abel, F., Domingo, J., Martínez-Pereda, J. M., Mateu, S., Coll, C., González-Merlo, J., Usandizaga, R., Vergara, F., Zamarrigo, J., Recursos necesarios en la mejora de la salud pública en obstetricia y ginecología; a *Pro Obstet Ginecol*, 46(2003)12, pp. 571-594.

<sup>574</sup> William, C., Alderson, P., Farsides, B., Is nondirectiveness possible within the context of antenatal screening and testing?; *Social, Science & Medicine*, 2002, 54, pp. 339-347.

forma realista el professional sempre mostrava una certa direcció en els seus plantejaments; tanmateix per a alguns col·lectius de dones d'ètnies no occidentals aquesta no era l'actitud que esperaven dels professionals. Les dones orientals acudien esperant que els professionals els indiquessin quina era la millor acció; en aquest punt molts dels professionals reconeixien que en molts casos les dones, també les occidentals, demanaven orientació i consell en relació amb quina era la millor opció; un altre aspecte a tenir en compte és el curt espai de temps en què ha de tenir lloc la consulta i el fet que l'assessorament sobre les proves de cribratge i diagnòstic prenatal s'han d'oferir conjuntament amb la resta de les proves i consells rutinaris dels programes de seguiment de l'embaràs.

## 5. Reflexions ètiques en relació amb les tecnologies i pràctiques sanitàries d'atenció al part

Treball de part i naixement representen la fi de l'embaràs i l'inici de la vida extrauterina per al nadó. Si durant l'embaràs les tecnologies sanitàries se centren a conèixer l'estat del fetus a l'interior de l'úter, durant el procés del part els objectius bàsics de la tecnificació de l'assistència han estat dos: l'estimulació o inducció del procés del part i la supervisió del benestar fetal durant tot el procés del treball de part.<sup>575</sup>

L'any 1954 Friedman després d'estudiar un nombre considerable de parts establí que tots ells es desenvolupaven seguint patrons similars i establí els conceptes de *fase latent* i *fase activa del part*.<sup>576</sup> Aquest concepte comportà un

---

<sup>575</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 187.

<sup>576</sup> O'Down, M., J., i Philipp, E.E., *op. cit.*, p. 87. La fase latent del part, o fase inicial, correspon a les modificacions que experimenta el coll de la matriu fins que arriba a l'estat idoni per iniciar el part. Durant aquesta fase es produeix, entre altres fenòmens, l'esborrament del coll de la matriu. L'esborrament és el fenomen d'escurçament del conducte cervical que condueix a la seva incorporació en el segment uterí inferior, d'aquesta forma el coll de la matriu queda reduït a l'orifici cervical extern. Un cop finalitzat l'esborrament del coll de l'úter s'inicia la dilatació del coll al augmentar progressivament el seu diàmetre. Aquesta fase dura unes vuit hores en les primíparas i unes cinc en les múltipares, amb una duració màxima de vint hores per a les primíparas i de catorze en les múltipares. Quan el coll de la matriu arriba a una dilatació d'uns dos o tres centímetres es considera que s'inicia la fase activa del part, en aquest moment la dinàmica uterina és regular i es troba ben instaurada. La fase de dilatació finalitza amb la dilatació completa del coll de l'úter. La velocitat de la progressió de la dilatació cervical, és diferent en les primíparas (1cm/hora, amb una duració total superior a les sis hores), que en les múltipares (1,2 cm/hora, amb una

canvi en el maneig de l'assistència sanitària al procés del part; des que O'Driscoll i els seus col·laboradors, l'any 1969, encunyaren el concepte d'*actitud activa* en la direcció del part, la intervenció obstètrica i la medicalització de l'assistència, que es desenvolupà en el si d'hospitals altament tecnificats, foren considerades signe de bona pràctica obstètrica. Al llarg de la història, les llevadores havien emprat diferents substàncies químiques i beuratges amb la finalitat de provocar contraccions, iniciar el part..., però fou a partir de la segona meitat del segle XX quan aquestes intervencions en el curs de l'atenció al part es feren més intenses i es proclamen com a indicadors de modernitat i del domini tecnològic en l'àmbit de l'assistència al naixement.<sup>577</sup>

El domini de l'obstetra i la seva tecnologia es féu evident; el professional deixà definitivament el paper de pacient, prudent i passiu que havien assumit les llevadores al llarg de la història i es convertí en gestor del progrés del treball de part. Aquest domini fou absolut quan la tecnologia obstètrica aconseguí tenir èxit en la inducció del part.<sup>578</sup>

En el llenguatge clínic, la inducció del part és un dels dos mètodes (l'altre és la cesària) d'elecció efectiva del dia del naixement. Electiu significa *possibilitat*

---

duració total superior a les cinc hores). Per a un major coneixement de les fases del part es pot consultar: Peñalosa, L., Cabezas, M., Lanchares, J.L., Asistencia al período de dilatación del parto, a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1995, pp. 143- 164.

<sup>577</sup> Una clara il·lustració de la intervenció i control en el procés del part la trobem en l'article publicat l'any 1943 i que es titulava "*Elective Painless Rapid Childbirth Anticipating Labour*", aquest article descrivia el part de trenta-nou dones a les que se'ls administrà anestèsia espinal abans que iniciessin el treball de part, un cop insensibilitzades s'iniciava un procés de dilatació manual del coll de l'úter i es produïa el part mitjançant l'ús d'instrumentació obstètrica. La mitjana de temps transcorregut entre la fi de l'administració de l'anestèsia i la sutura del perineu després de l'expulsió del fetus i la placenta no superava els trenta minuts. L'article descrivia el mètode com a beneficiós per a la mare, que podia estalviar-se totalment el dolor de la dilatació i beneficiós per al metge qui es podia programar de forma més eficient. El mètode però no es trobava desproveït de perills i efectes desfavorables tant per a la mare com per al nadó.

<sup>578</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 187.



*de triar, d'escollir*, permet major amplitud d'acció per als professionals sanitaris que poden decidir induir el part a una dona que presenta alguna malaltia que empitjorà si prossegueix l'embaràs, o fer néixer un fetus que no es nodreix de forma satisfactòria perquè hi ha una insuficiència placentària, o fins i tot poden escollir induir un part a les vuit del matí, per tal de poder-li donar una millor assistència, si aquest es produeix durant el dia, i no durant la nit.

La tecnificació de l'assistència sanitària al naixement s'ha fet especialment intensa en les últimes dècades del segle XX. Actualment, les tècniques utilitzades en la direcció activa del part presenten uns índexs de seguretat satisfactoris i la majoria de parts són atesos en un ambient hospitalari on s'utilitzen aquestes tècniques. La direcció activa del procés del part inclou bàsicament la ruptura de les membranes àmniques i l'administració de fàrmacs (occitòxics o prostaglandines), per tal d'incrementar la intensitat de les contraccions uterines i d'aquesta forma disminuir la duració del procés de dilatació. L'augment de la intensitat de les contraccions uterines comporta un major desconfort i dolor per a la mare, però aquests poden ser pal·liats o suprimits mitjançant l'ús de l'anestèsia i l'analgèsia obstètrica.

Des d'alguns sectors socials s'ha aixecat la veu d'alarma, ja que es considera que aquesta medicalització és excessiva i genera un procés d'alineació per a la dona embarassada i, a més, es denuncia que aquest procés de medicalització ha anat acompanyat d'una pèrdua de la qualitat humana en la relació assistencial.<sup>579</sup>

Tot i que més medicalització o tecnificació no ha d'implicar obligatòriament una deshumanització de l'assistència, ambdós conceptes apareixen íntimament units en molts contextos. Per aquest motiu, en aquest apartat volem efectuar un repàs a les diferents tècniques d'intervenció activa en el treball de part, volem interrogar-nos sobre les indicacions i contraindicacions de cada una d'aquestes.

---

<sup>579</sup> Vid. Fernández del Castillo, I., Por qué parir en España es traumático, *El Mundo*; 2 de mayo de 2004. Disponible a: <http://www.durga.org.es/webdelparto/porqueparirenspaestraumatico.htm>. Consulta 03/07/07.

L'assistència al treball de part, quan aquest és de baix risc i es presenta sense complicacions, permet un nombre important d'opcions: es pot intervenir activament i de forma enèrgica des de l'inici o es pot deixar que el procés transcorri de forma fisiològica, efectuant senzillament un seguiment clínic del procés; fins i tot es pot induir el part abans que aquest s'iniciï o efectuar una cesària per a l'extracció del fetus, sense que la dona hagi de passar pel procés del part. Volem aprofundir en el procés de presa de decisions sobre aquest tema. Com s'arriba a la decisió d'emprar una o altra tècnica? Qui i com es prenen aquestes decisions? Per fer-ho, tractarem cada una de les tècniques utilitzades en l'assistència al treball de part, analitzant-les a partir de criteris científics, amb la consulta de la literatura científica disponible sobre el tema, per tal d'abordar, a continuació, els aspectes ètics i socials vinculats a cada una d'elles.

## **5.1. La medicalització del treball de part**

L'objectiu fonamental de l'actuació obstètrica actualment és proporcionar una assistència òptima a les dones amb la finalitat d'aconseguir el naixement d'un fetus sa, d'una mare sana, i amb el menor estrès possible.<sup>580</sup> L'assistència obstètrica actual disposa, com ja hem mencionat, d'un nombre important de tecnologies sanitàries que poden aplicar-se en el moment del part. Aquestes tecnologies són especialment importants per a aquelles dones que presenten patologies de base o parts de risc elevat.

---

<sup>580</sup> Monleón, F., J., Serra, V., Perales, A., Conducción médica del parto, a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1995, pp. 597-637.

Aquest control i direcció mèdica del treball de part comprèn un nombre important de procediments entre els quals podem destacar: la monitorització i intervenció sobre la dinàmica uterina gràcies a l'amniotomia i/o l'administració d'oxitocina o prostaglandines, l'alleujament del dolor amb analgèsia i/o anestèsia obstètrica, i la monitorització de la freqüència cardíaca fetal. Qüestió a part seria la supressió total del treball de part i l'extracció fetal mitjançant la intervenció amb cesària, per indicació no mèdica o el que s'anomena *cesària a demanda*.

### **5.1.1. La conducció activa del treball de part.**

Com hem esmentat, des d'antic s'han emprat mecanismes i substàncies farmacològiques per tal de modificar el curs espontani del treball de part; només ens cal recordar el text del *Teeteto* de Plató, en el qual es fa esment a l'art de la llevadora i a la seva capacitat per tal d'administrar fàrmacs capaços de provocar les contraccions del part; però com hem vist ha estat a partir del segle XX quan els avenços en tecnologia mèdica han permès que la intervenció mèdica en el procés del part es convertís en pràctica habitual. La conducció activa del part va encaminada al control i acceleració d'aquell procés de part que s'inicia de forma espontània, en el qual s'intervé per tal d'aconseguir que els temps s'escurcin, i per tant les hores de dilatació siguin menys, o senzillament s'adaptin als paràmetres establerts com a normals, quan se n'observa un alentiment; en aquest cas, parlem de *la direcció activa del part*. A continuació, efectuarem un repàs a les diferents tècniques o fàrmacs que permeten, d'una banda, intervenir mèdicament per tal de modificar el transcurs del treball de part, i de l'altra, estimular les contraccions uterines:

**1. L'amniotomia** o trencament artificial de la bossa àmnica consisteix en la punció (amb un trocar sota visualització) o en la ruptura (mitjançant una

llanceta guiada amb el dit índex de l'explorador) de les membranes ovulars a través del canal cervical, amb drenatge del líquid amniòtic. En els parts dirigits s'acostuma a practicar la ruptura artificial de la bossa amniòtica, a l'inici de la fase activa del part. És a dir, quan el coll de l'úter s'ha esborrat completament, hi ha uns quatre centímetres de dilatació, la dinàmica uterina està correctament establerta i la presentació fetal està en un primer pla de Hodke (la presentació ha d'estar encaixada en la pelvis materna).<sup>581</sup> El procediment s'efectua respectant les normes d'asèpsia i antisèpsia, i es realitza aprofitant una pausa entre contraccions. L'amniotomia presenta una sèrie d'avantatges: permet valorar el líquid amniòtic de forma directa, permet la col·locació d'elèctrodes interns i la realització de preses de sang fetal, i, molt especialment, facilita el progrés de la dilatació, ja que està clínicament demostrat que la ruptura de la bossa amniòtica escurça la duració del temps necessari per tal d'obtenir una dilatació completa del coll de la matriu.<sup>582</sup>

2. **L'oxitocina** és una hormona específicament estimulante de la fibra muscular uterina, que se sintetitza de forma espontània en l'hipotàlem. Entre les seves accions biològiques destaca la capacitat d'induir la contracció miometrial de l'úter gestant, millora la conductibilitat de les contraccions uterines, ja que afavoreix la formació de les anomenades *gap junctions* (unions de comunicació) necessàries per a la correcta propagació i sincronització de les contraccions.<sup>583</sup> Durant el curs del part, el ritme mínim esperat de progrés de la dilatació cervical

---

<sup>581</sup> Bogaña, J.M., Lailla, J.M., Asistencia al parto normal, a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*; 5ª ed., Barcelona, Masson, 2006, pp. 321-322.

<sup>582</sup> Els riscos del procediment són mínims, si s'evita practicar-la en cas de presentació fetal lliure; de totes formes s'aconsella realitzar sempre una exploració vaginal després de la ruptura per tal de comprovar que no s'ha produït un prolapse del cordó umbilical amb la sortida del líquid amniòtic. En cas d'observar un líquid amniòtic tenyit de meconi caldrà extremar les mesures de vigilància del benestar fetal. Vid. Monleón, F. J., Serra, V., Perales, A., *op. cit.*, p. 599.

<sup>583</sup> Lailla, J.M., Callejo, J., Maduración e inducción del parto; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*; 5ª ed., Barcelona, Masson, 2006, pp. 757.

durant la fase activa és d'un centímetre per hora. Quan el ritme de la dilatació del coll de la matriu és inferior, s'aconsella fer una valoració detallada del cas, i si no s'evidencia una desproporció pelvico fetal, o bé una malpresentació, llavors s'aconsella l'estimulació de les contraccions uterines mitjançant l'administració d'oxitocina intravenosa. L'estimulació uterina amb oxitocina corregeix els retards de la primera etapa del part a causa de les contraccions inadequades o desordenades, també pot afavorir el desenllaç en cas de malposicions en la presentació cefàlica, com és el cas de la posició occipitoposterior. En general, s'afirma que l'oxitocina és beneficiosa sempre que no hi hagi una causa que justifiqui el retard en la dilatació. Per aquest motiu, l'oxitocina s'acostuma a emprar de forma sistemàtica en els parts dirigits.<sup>584</sup> L'oxitocina s'administra per via endovenosa i obliga a un control més curós del batec fetal i de la dinàmica uterina, per tal de detectar possibles alteracions secundàries a l'administració del fàrmac; per aquest motiu, s'aconsella la monitorització electrònica contínua des de 15 minuts abans de l'inici de l'estimulació uterina i fins al final del part.<sup>585</sup>

#### **5.1.1.1. La inducció del treball de part. Consideracions mèdiques**

És en la possibilitat de la inducció del part on l'avenç de les tecnologies mèdiques per a l'assistència al part han mostrat les seves grans possibilitats. Les indicacions mèdiques per tal d'induir un part són variades: un embaràs perllongat, un endarreriment en el creixement fetal a causa d'una insuficiència placentària, etc.

La inducció del treball de part consisteix a estimular les contraccions uterines abans que aquestes s'iniciïn de forma espontània amb l'objectiu

---

<sup>584</sup> Monleón, F. J., Serra, V., Perales, A., *op. cit.*, p. 601.

<sup>585</sup> *Ídem.*

d'aconseguir el naixement del fetus. Amb aquest motiu, cal aconseguir que les contraccions uterines repercuteixen en l'estat del cèrvix uterí per tal que aquest es dilati i es produeixi el descens de la presentació fetal en el canal del part.<sup>586</sup>

Actualment, la seguretat de la inducció del part és acceptable sempre que la seva indicació es faci tenint en compte la relació risc-benefici matern i fetal, i quan aquesta valoració sigui favorable als beneficis d'aquesta relació. Les indicacions d'una inducció al part poden classificar-se de la forma següent: a) malalties maternes amb repercussió fetal, b) risc de pèrdua del benestar fetal, c) ruptura prematura de la bossa àmnica i risc o evidència d'infecció, d) mort fetal *ante partum* o abans del part i e) factors socials (antecedents d'un part anterior molt ràpid, angoixa materna relacionada amb problemes en el part anterior...).

Si guina sigui la indicació, cal tenir sempre en compte la presència de condicionaments mèdics.<sup>587</sup> Si les condicions de maduresa cervical són adequades, la presentació del fetus és correcta i es preveu que podrà presentar una progressió adequada pel canal del part, llavors pot iniciar-se la inducció. Per fer-ho s'han proposat diverses tècniques, sempre consistents en l'administració controlada d'agents oxitòtics, acompanyats o no d'una amniotomia prèvia.

L'amniotomia és l'únic mètode mecànic adequat per tal d'induir el part en l'embaràs a terme. Un cop realitzada l'amniotomia el part ha de ser seguit i conduït mèdicament. L'amniotomia pot ser emprada com a procediment aïllat per a la inducció del part o, preferiblement, associada a l'administració d'oxitocina.

---

<sup>586</sup> Lailla, J.M., i Callejo, J., *op. cit.*, pp. 753- 758.

<sup>587</sup> Existeixen contraindicacions absolutes a la inducció del part, que coincideixen amb aquelles que contraindiquen el part per via vaginal (fetus en situació transversa, placenta prèvia, prolapse de cordó umbilical, evidència de desproporció pelvico-fetal, pèrdua del benestar fetal, presència activa d'infecció per herpes virus en el canal del part i carcinoma invasiu del coll uterí), també cal valorar altres factors que poden constituir contraindicacions relatives (embaràs múltiple, certes malalties maternes, certes malformacions fetals...). Quan la inducció del part es realitza amb una bona valoració prèvia i s'actua mantenint un control adequat del benestar fetal i matern, no s'haurien de presentar efectes adversos deguts a la intervenció mèdica. En la majoria de casos les complicacions que poden esperar-se es deuen més a la patologia preexistent que a la pròpia inducció. *Íbid.*, p. 754.

En aquest últim cas, si sis hores després de l'amniotomia el part no s'ha iniciat, es comença a administrar oxitocina; no és aconsellable esperar més de dotze hores per la possibilitat d'infecció amniòtica secundària. En altres ocasions es comença administrant oxitocina i quan s'ha aconseguit establir una dinàmica uterina regular i es produeix un cert grau de dilatació cervical, llavors es trenca la bossa de les aigües; aquest procediment és el que proporciona millors resultats, ja que escurça la duració del part.

L'oxitocina és l'únic agent farmacològic aprovat per ser usat en la inducció al part. L'oxitocina farmacològica s'ha d'administrar amb precaució i respecte. La sensibilitat uterina a l'oxitocina és molt variable i no es pot preveure *a priori* quin serà la resposta en cada dona.<sup>588</sup> L'ús d'oxitocina obliga a un control més exhaustiu de la progressió del part, per aquest motiu s'ha de controlar l'estat de la dona de forma periòdica. Aquest control inclou mesurar la freqüència del pols, la tensió arterial i la temperatura; és fonamental el control de l'estat del fetus, per aquest motiu cal mesurar la freqüència cardíaca fetal i l'activitat uterina mitjançant monitorització biofísica electrònica contínua.

---

<sup>588</sup> La via d'administració adequada és la intravenosa, per tant en primer lloc és necessari la col·locació d'un catèter endovenós de perfusió connectat a una solució de dextrosa al 5%, sense oxitocina. La solució d'oxitocina diluïda s'administra per un sistema secundari, unit al primer en "tandem". D'aquesta forma es pot interrompre de forma ràpida l'administració d'oxitocina si apareixen efectes adversos. Per tal d'obtenir una dosificació òptima s'aconsella l'ús d'una bomba de perfusió. La dilució adequada d'oxitocina sol ser d'una mil·liunitat d'oxitocina per a cada 0,1 ml., de líquid. La resposta clínica aconseguida i la presència d'efectes secundaris depenen de moltes variables, especialment de la resposta individual i de la sensibilitat del miometri, per tant resulta extremadament difícil, per no dir impossible, definir de manera prospectiva quin serà l'esquema òptim d'administració d'oxitocina per a cada cas. Sempre cal valorar la resposta individual controlant el nombre i intensitat de les contraccions i l'estat del fetus. Generalment s'inicia l'administració amb una dosi de 2 mU/min; i la dosi s'augmenta fins aconseguir una activitat uterina adequada, la dosi s'acostuma a doblar cada vint minuts fins arribar a les 16mU/min; a partir d'aquest moment els increments són de 4mU/min cada vint minuts; la dosi màxima és de 40mU/min. *Íbid.*, p. 589.

L'èxit en el resultat d'una inducció de part estarà condicionat per les condicions de maduresa de la cèrvix uterina a l'inici de la inducció.<sup>589</sup> L'any 1964 Bishop descrigué un test que inclou i valora amb diferents puntuacions una sèrie de paràmetres que permeten valorar l'estat de maduresa del coll de la matriu.<sup>590</sup> Actualment hi ha mètodes per tal d'intentar millorar la maduresa cervical, quan el resultat del test de Bishop és desfavorable. L'objectiu consisteix a aconseguir un canvi en el coll de l'úter el més similar possible a allò que succeeix en el procés de maduració espontani, sense ocasionar contraccions uterines, ni modificar el flux uteroplacentari, ni causar efectes adversos en la mare.<sup>591</sup> Els mètodes més emprats per tal d'aconseguir aquesta maduració artificial són de tipus mecànic, com el desenganxament digitat de les membranes ovulars de la paret del segment inferior de l'úter o maniobra de Hamilton (aquest mètode només pot ser emprat si hi ha una mínima dilatació del coll de la matriu, que permeti la

---

<sup>589</sup> La maduració del coll de la matriu consisteix essencialment en la disminució de la quantitat de fibres de col·lagen i en canvis en la substància fonamental (del tipus dels glucosaminoglicanats) que actua cohesionant totes les estructures fibril·lars. El procés de maduració cervical es realitza al final de l'embaràs i inici de treball de part; en les dones que tenen el seu primer part, la maduració cervical es produeix de forma progressiva i de forma prèvia al esborrament i dilatació del coll uterí, mentre que en les dones que ja han tingut algun part previ el esborrament i la dilatació del coll de l'úter poden realitzar-se de forma simultània.

<sup>590</sup> Aquest test inclou els següents paràmetres: consistència del coll de la matriu, posició de la cèrvix uterina, percentatge d'esborrament del coll de l'úter, dilatació i encaixament de la presentació fetal. Quan més alta sigui la puntuació del test de Bishop millor serà el pronòstic de cara a una inducció del treball de part. Amb puntuacions superiors a nou el percentatge de fracassos en cas d'inducció del part és pràcticament nul i la duració del treball de part serà curta. Puntuacions iguals o inferiors a sis impliquen un percentatge significatiu de fracassos, o en tot cas fa preveure treballs de part llargs i laboriosos. En cas de puntuacions iguals o inferiors a tres caldrà tenir-se en compte l'extrema dificultat de la inducció i valorar la possibilitat de no iniciar una inducció, si la indicació no és estricta, o en tot cas valorar la possibilitat de realitzar una cesària i renunciar a la via vaginal.

<sup>591</sup> Sánchez, J., i Martínez, M., Maduración cervical e inducción del parto, a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1995, pp. 571-595.



introducció del dit de l'explorador), són però més utilitzats actualment els mètodes farmacològics mitjançant l'administració de prostaglandines, principalment per via intracervical. Des dels anys 1968 i 1969 en què Karim i Embrey desenvoluparen els seus treballs de recerca, s'establí de forma fefaent l'efecte oxiàtic de les prostaglandines i la seva utilitat en la inducció del part.<sup>592</sup> Des de final de la dècada dels anys setanta del segle XX s'inicia el seu ús en dosis baixes en forma de gel intracervical, intravaginal i amb tabletes vaginals. L'any 1992, la Food and Drug Administration (FDA) aprovà el gel intracervical (dinoproston) per a la seva utilització clínic, i l'any 1999 es considerà el mètode més útil per a la maduració cervical.<sup>593, 594</sup>

---

<sup>592</sup> Les prostaglandines són un conjunt d'àcids grassos insaturats i constitueixen una família de mediadors cel·lulars amb efectes diversos. Des del punt de vista obstètric es important l'acció de la PGE<sub>2</sub> (dinoproston), doncs presenta capacitat oxiàtica i es pot usar per tal d'induir la maduració cervical. Les prostaglandines quan són aplicades dins de la vagina actuen desfont els feixos de col·lagen i impregnen el coll de l'úter de contingut líquid, de la mateixa manera que té lloc fisiològicament al inici de la fase de dilatació. Vid: Lailla, J.M., Callejo, J., *op. cit.*, p. 755.

<sup>593</sup> *Ibid.*, p. 756.

<sup>594</sup> En els últims anys s'ha introduït una nova forma d'aplicació que consisteix en un anell vaginal de PGE<sub>2</sub>, d'eliminació lenta amb un efecte similar al gel intracervical, però amb l'avantatge que aquest anell es pot retirar sense problemes si es produeix una hiperestimulació<sup>594</sup>. Les prostaglandines han d'aplicar-se a dosis baixes doncs no es troben lliures d'efectes secundaris: les basques, vòmits, febre i diarrees maternes es presenten en un 0,2% dels casos i es relacionen amb l'absorció sistèmica del fàrmac. En rares ocasions s'ha informat de casos de ruptura uterina després de l'administració de prostaglandines. En el fetus les prostaglandines poden ocasionar patiment fetal secundari a la estimulació de les contraccions uterines, sent més freqüent en l'administració intravaginal que en la intracervical. La hiperestimulació uterina es pot donar en el 0,6-6% dels casos després de l'aplicació endocervical, aquesta xifra es comparable a la que pot produir l'oxitocina. Les anomalies en la freqüència cardíaca del fetus, en cas d'hiperestimulació pot presentar-se en un 1% de casos, i acostuma a presentar-se durant els seixanta minuts després de l'administració del fàrmac. En aquest cas cal col·locar la mare en decúbit lateral i administrar un fàrmac uter-inhibidor, al temps que es retira el gel mitjançant una esponja. Està contraindicada l'administració de prostaglandines si no existeix la possibilitat de monitorització electrònica de la freqüència cardíaca fetal i la possibilitat de practicar una cesària urgent. Vid. Sanchez, J., Martínez, M., Maduración cervical e

### **5.1.1.2. La inducció del treball de part. Consideracions socials**

La possibilitat de control del treball de part per accelerar-ne l'inici o el seu transcurs pot ser considerat un dels grans avenços de la pràctica obstètrica. El domini de les tècniques esmentades anteriorment ha fet que la inducció del treball de part s'hagi convertit en una pràctica obstètrica habitual en els països desenvolupats. Als Estats Units d'Amèrica, segons dades del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), la xifra d'induccions del part ha passat del 9,5% l'any 1990 al 21% l'any 2003; aquest increment no s'explica per un augment de les indicacions mèdiques, fet que suggereix que la indicació fou per causes marginals o per elecció per motiu no mèdic;<sup>595</sup> xifres similars podem trobar a Europa, en el cas de França, l'any 2006, el 20% dels parts s'iniciaren mitjançant algun procediment d'inducció, d'aquesta xifra una quarta part es feren sense cap indicació de tipus mèdic.<sup>596</sup>

La possibilitat d'induir un part permet un poder d'elecció, es pot escollir el dia del part, i fins i tot es pot optar per deixar que aquest es desenvolupi per via vaginal o es pot triar una finalització quirúrgica de l'embaràs mitjançant una cesària electiva per qüestions d'elecció personal. Els factors més habituals per a una inducció electiva del part, sense indicació mèdica, són: el desig de la dona embarassada i la conveniència de l'obstetra.

Des de la perspectiva de la dona embarassada i atès que els estils de vida actuals impliquen una planificació racional del temps que s'ha transformat en un bé escàs, no es fa difícil pensar que també es consideri desitjable planificar el moment del part, amb més motiu si prèviament s'ha planificat el moment

---

inducción del parto; a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 206, pp. 583-584.

<sup>595</sup> Moore, L., E., Rayburn, F., Elective induction of Labor; *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49(2006)3, pp. 698-704.

<sup>596</sup> Le Ray, C., Carayol, M., Breart, G., Goffinet, F., Elective induction of labour: failure to follow guidelines and risk of cesarean delivery; *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86(2007), pp. 657-665.

convenient per tal de quedar-se embarassada. La dona i la seva parella poden planificar la seva agenda i la de la seva família, és més fàcil programar l'atenció d'altres fills més grans... Alguns estudis afirmen que aquelles dones que opten per una inducció del part estan menys ansioses i més segures de si mateixes que aquelles que tenen un inici espontani del treball de part.<sup>597</sup> Per als professionals la inducció del part també pot presentar avantatges:<sup>598</sup> per als defensors de la inducció electiva del part el fet de poder planificar-lo permet una millor planificació del temps, així com prestar assistència a unes dones que estan menys cansades i assegurar la millor capacitat d'un personal que també podrà exercir millor quan està menys fatigat.

Aquesta pràctica, però, ha generat una important controvèrsia entre la comunitat científica, i el nombre d'estudis i publicacions en les revistes mèdiques ha sigut abundant. Els riscos que s'han associat a la realització d'una inducció electiva del part són diversos: en primer lloc, s'han postulat els efectes desfavorables per al fetus, quan la inducció es programa abans del terme de l'embaràs; Flasksman et al.<sup>599</sup> documentaren 32 nadons nascuts prematurament a causa d'una inducció electiva, 24 dels nadons varen presentar la síndrome de distrès respiratori, 9 presentaren pneumotòrax i un d'ells morí. Un altre argument en contra de la realització d'una inducció electiva del part es fonamenta en l'increment del nombre de cesàries, sobre aquest fet particular és especialment destacable el nombre d'estudis epidemiològics que han utilitzat un disseny de

---

<sup>597</sup> Out, J.J., Vierhout, M.E., Verhage, F, et al. Elective induction of labour: a prospective clinical study, II: psychological effects; *J. Perinat Med*, 3(1985), pp. 163-170.

<sup>598</sup> Entre aquestes avantatges podem citar: permet millorar l'eficiència en la planificació de la agenda. Amb una inducció programada un professional pot assegurar que serà ell mateix, i no un altre membre del equip, qui assistirà a la dona en el moment del part i permet també disminuir el nombre de parts que ha d'assistir durant la nit.

<sup>599</sup> Flasksman, R.J., Vollman, J.H., Benfield, D.G., Iatrogenic prematurity due to elective termination of the uncomplicated pregnancy. A major perinatal health care problem; *Am J Obstet Gynecol*, 132(1978), pp. 885-888.

cohorts en el qual s'observava el nombre de cesàries entre les dones a les quals s'havia induït el part i es comparava amb el nombre de cesàries entre aquelles dones que havien iniciat el treball de part de forma espontània. Seyb et al.<sup>600</sup> varen estudiar una cohort de 1.124 dones en el seu primer part i les varen comparar amb una cohort de 143 en les quals es realitzà una inducció electiva del part i amb una altra cohort de 294 dones en les quals es realitzà una inducció per indicació mèdica. En el grup de les induccions electives s'observà una taxa de cesàries del 17,5% i en el grup de les induccions per indicació mèdica, del 17,7%; mentre que entre les dones que havien iniciat de forma espontània el treball de part el percentatge de cesàries fou del 7,8%. Altres estudis han trobat xifres similars de cesàries especialment quan s'indueix una dona primípara.<sup>601</sup> Aquestes xifres no es confirmen, però, quan la inducció es realitza en una dona que presenta una maduresa adequada del coll de l'úter; un test de Bishop inferior a 5 pronostica un treball de part llarg i amb altes possibilitats que hagi de finalitzar mitjançant una cesària.<sup>602</sup> En un ampli estudi efectuat per Le Ray et al.,<sup>603</sup> a França, s'observà que després d'estudiar els resultats dels parts de 138 maternitats franceses, en el període comprès entre juny de 2001 i maig de 2002, no hi havia diferències estadísticament significatives entre el percentatge de

---

<sup>600</sup> Seyb, S.T., Berka, R.J., Socol, M.L., et al. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women; *Obstet Gynecol*, 94(1999), pp. 600-607.

<sup>601</sup> És abundant la literatura científica que ha estudiat la relació entre la inducció del part i el increment en el nombre de cesàries, entre els més destacables podem citar: Prysak, M., Castronova, F.C., Elective induction versus spontaneous labor: a case-control analysis of safety and efficacy; *Obstet Gynecol*, 92(1998), pp. 47-52. així com Maslow, A.S., Sweeny, A.L., Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term; *Obstet Gynecol*, 95(2000), pp. 917-922, i també Dublín, S., Lydon-Rochelle, M., Kaplan, R.C., Watts, D.H., Critchlow, C.W., Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication; *Am J Obstet Gynecol*, 183(2000), pp. 986-994 o Cammu, H., Martens, G., Ruysinck, G., Amy, J.J., Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study; *Am J Obstet Gynecol*, 186(2002), pp. 240-244.

<sup>602</sup> Out, J.J., Vierhout, M.E., Verhage, F, et al, *op. cit.*,

<sup>603</sup> Le Ray, C., Carayol, M., Breart, G., Goffinet, F., *op. cit.*

cesàries practicades en els parts iniciats per inducció electiva (en embarassos de baix risc) i el percentatge de cesàries en els parts iniciats espontàniament. Tampoc s'observaren diferències entre els grups de primípare i múltipares considerats separatament, sempre que la inducció del part s'iniciava amb un test de Bishop favorable; el nombre de cesàries es quadruplicava quan els parts s'indueïen amb un índex de Bishop inferior a 5.<sup>604</sup> Hi ha evidència científica de la correlació entre el resultat d'una inducció del part i les condicions obstètriques en què aquesta es duu a terme.<sup>605</sup>

També s'ha associat la inducció electiva del part a un major nombre d'instrumentacions obstètriques durant el període expulsiu del part, a un augment de les hemorràgies en el postpart, o a un augment de la presència de meconi en el líquid amniòtic;<sup>606</sup> en aquest últim cas, però, els autors no han trobat evidència que incrementés el nombre de síndromes d'aspiració meconial en els nadons; estudis posteriors no van trobar evidències que la inducció del part augmentés la morbimortalitat fetal quan la inducció es realitzava en un embaràs a terme i s'evitava practicar-la en fetus prematurs.

A causa de tots aquests resultats, a la majoria de països les societats mèdiques de ginecologia i obstetrícia han elaborat guies clíniques i recomanacions relacionades amb la inducció del part i s'hi fa èmfasi en les condicions obstètriques que cal assegurar per tal de minimitzar les possibles complicacions; totes recomanen no programar una inducció electiva abans de les

---

<sup>604</sup> Out, J.J., Vierhout, M.E., Verhage, F, et al, *op. cit.*

<sup>605</sup> *Ídem.* La utilització del índex de Bishop permet establir un pronòstic bastant aproximat; així quan l'índex de Bishop és superior a 7 la xifra d'èxits es situa entre el 95 i el 99%, amb un índex de 4 a 6 l'èxit s'estima entre un 80 i un 85% i quan l'índex de Bishop és inferior a 3 l'èxit només arriba a un 50-55% dels casos.

<sup>606</sup> Entre els diferents estudis epidemiològics podem citar: Dulin, S., Lydon-Rochelle, M., Kaplan, R.C., Watts, D.H., Critchlow, C.W., *op. cit.*, així com Van Gemun, N., Harderman, A., Scherjon, S.A., et al., Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with spontaneous onset; *Gynecol Obstet Invest*, 56(2003), pp. 133-138 i Glantz, J.C., Elective induction vs. Spontaneous labor; *J Reprod Med*, 50(2005), 235-240.

39 setmanes de gestació, a més de no fer-ho si no hi ha una adequada maduresa fetal i absència de problemes mèdics o obstètrics associats; aquestes guies recullen la possibilitat d'una inducció electiva del part, sense indicació mèdica, ja que permeten un ampli marge interpretatiu en els criteris, la majoria tenen en compte l'epígraf d'indicacions psicosocials per tal de donar cabuda a aquests casos.<sup>607</sup> A Espanya, la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (SEGO) inclou entre els seus protocols assistencials, publicats l'any 2001, el de la inducció del part; aquest Protocol, modificat l'any 2003, inclou entre les indicacions per a la inducció del treball de part la indicació electiva que defineix com: l'inici del treball de part per conveniència d'una persona en un embaràs a terme i sense indicacions mèdiques, afegeix que si s'empra una inducció electiva cal ser molt rigorós en el compliment de les condicions obstètriques necessàries que la bona praxi recomana.<sup>608</sup>

Davant d'aquestes dades caldria pensar que aquesta seria una opció per a un grup de dones en les quals, quan les condicions obstètriques són adequades, la inducció electiva del part podria suposar un avantatge. La

---

<sup>607</sup> L'any 1995 el *French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)* convocà una conferència de consens sobre la inducció del part, a partir d'aquest moment altres societats professionals de diferents països elaborares les seves pròpies guies o documents de consens per tal de tractar el tema de les induccions electives del part. L'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, publicà el desembre de 1995 un butlletí al respecte, que fou modificat l'any 1991 i que inclou "les raons logístiques tals com el risc d'un part excessivament ràpid, la distancia del domicili a l'hospital o les indicacions psicosocials.; la *Société de Gynecologists et Obstetricians del Canadà (SOGC)* publicà una directiva clínica l'any 2001 i el mateix any el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* del Regne Unit publicà una guia clínica sobre el mateix tema.

<sup>608</sup> L'embaràs ha de ser a terme i amb maduresa fetal, no han d'existir complicacions mèdiques o obstètriques, no han d'existir antecedents d'intervencions quirúrgiques sobre el cos de l'úter, no han d'existir signes de pèrdua del benestar fetal, el fetus s'ha de trobar en presentació cefàlica, no ha d'existir sospita de desproporció pèlvic-fetal i ha d'existir una puntuació del test de Bishop igual o superior a 7. Vid. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Inducción del parto, Protocolo nº 31*; Madrid, Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2003.

literatura científica demostra, però, que en la majoria d'hospitals públics i universitaris les induccions de part es reserven per a aquelles dones amb indicació mèdica, mentre que en la resta de centres, majoritàriament privats, la meitat o més dels parts són induïts.<sup>609</sup> Aquesta dada fa replantejar la justícia social d'aquest fet que permet optar a aquelles dones que es poden costejar una assistència privada, mentre que la sobrecàrrega assistencial, la protocol·lització de l'assistència o la manca de confiança entre els professionals i les dones impedeixen l'exercici del principi d'autonomia a les dones que són assistides en l'àmbit públic. En el nostre entorn, mentre alguns autors reconeixen la possibilitat d'una inducció per factors socials o psicosocials,<sup>610</sup> altres no preveuen aquesta possibilitat.<sup>611</sup>

## 5.2. La cesària

El terme *cesària* fa esment a la intervenció quirúrgica, en la qual mitjançant incisions en la paret abdominal i l'úter de la mare es produeix el naixement del nadó. La seva pràctica s'ha vinculat a un nombre important d'indicacions mèdiques: la placenta prèvia (la placenta es troba inserida sobre l'obertura del coll de l'úter), en la posició transversa del fetus, etc. La cesària pot salvar la vida del fetus, la mare o ambdós.

---

<sup>609</sup> Beebe, L.A., Rayburn, W.F., Beaty, C.M., et al., Indication for labor induction. Differences between university and community hospitals; *J Reprod Med*, 45(2000), pp. 469-475.

<sup>610</sup> Laila, J.M., Callejo, J., *op. cit.*, p. 752.

<sup>611</sup> Sagalà, J., Inducción del parto. Maduración cervical; a Cabero, L., (ed), *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 396-409. Aquest autor entre les indicacions no mèdiques per a la inducció del part només inclou la distància a l'hospital des del domicili de la pacient i la patologia fetal que requereix tractament en un hospital de tercer nivell.

Des que l'any 1500 s'informà de la realització d'una cesària amb supervivència de la mare, aquesta intervenció ha seguit una evolució històrica no desproveïda de discussions i polèmica. Rousset l'any 1581 la proposà en cas de fetus mort, per tal d'evitar-ne la descomposició a l'interior del ventre matern, també propugnava la seva pràctica si el fetus havia escapat de la cavitat uterina a l'abdomen; en aquest cas, es produïa un abscess extrauterí que es podia desbridar quirúrgicament sense posar en perill la vida de la mare. Un altre metge anomenat Guillet sembla que la practicà en repetides ocasions sobre una mateixa pacient, però aquests primers èxits aïllats no emmascaraven la dramàtica realitat de la seva pràctica i el seu ús fou fortament criticat; a la fi del segle XVI, Ambroise Paré, com hem esmentat,<sup>612</sup> la desaconsellava perquè aquesta pràctica suposava la consegüent mort de la mare en la majoria de casos. Tot i aquestes consideracions, la intervenció s'anà estenent i es practicà en dones que duïen moltes hores de part, abans que el fetus morís per tal de poder-lo salvar o almenys poder-li administrar el sagrament del baptisme. Mauriceau també s'oposà enèrgicament a aquesta pràctica i va argumentar que en cap cas estava justificat sacrificar la vida d'una dona adulta per tal de salvar un nadó del qual es desconeixien les possibilitats de supervivència fins a l'edat adulta. Mauriceau estava d'acord amb la intervenció quan aquesta es feia en una dona que acabava de morir. La possibilitat de plantejar l'opció entre la vida de la mare o la del nadó s'acompanyà de polèmica ètica i teològica sobre quina de les dues vides era prioritària.<sup>613</sup>

Les intervencions s'anaren repetint esporàdicament durant els segles XVII i XVIII, però malauradament la mortalitat que l'acompanyava era

---

<sup>612</sup> Vid. Paré, A., *op.*, *cit.*

<sup>613</sup> El tema de la cesària, com hem esmentat, propugnà una polèmica ètica i teològica relacionada amb la prioritat d'una de les dues vides, hi havia qui defensava que era prioritària la vida de la mare, mentre que altres defensaven que s'havia de donar prioritat a l'administració del sagrament del baptisme al nadó. Mauriceau fou un cirurgià que es posicionà fermament defensant la prioritat de la vida de la mare: Vid. Mauriceau, F., *op.*, *cit.*, pp. 352-365.



extraordinàriament alta. L'any 1876, Porro introduí una nova tècnica que consistia en l'extracció del fetus i dels òrgans genitals femenins: matriu, trompes i ovaris, per tal de salvar la vida de la mare. Inevitablement algunes veus es feren sentir objectant a l'extirpació de l'úter per la incapacitat de procreació posterior que això comportava. L'any 1882, Max Sanger, cirurgià alemany, ideà una intervenció que permetia salvar la vida del nadó i la de la mare permetent-li conservar els òrgans reproductors. L'operació de Sanger fou la primera vertaderament conservadora. Sanger postulava que la intervenció s'havia d'efectuar quan la mare encara conservava les seves forces, abans que estigués febril, i a més calia extremar les precaucions d'asèpsia durant la realització. L'any 1884 es publicà una taula en la qual es recollien les cesàries realitzades a Itàlia, Àustria, Alemanya, França, Gran Bretanya, Estats Units, Bèlgica, Suïssa, Espanya, Holanda i Rússia, la mortalitat materna era del 55,97%. Al risc propi de la intervenció s'hi afegia el risc de l'anestèsia general que s'havia d'administrar a la pacient.<sup>614</sup>

No fou fins al segle XX quan la cesària adquirí un lloc en la cirurgia obstètrica, a causa de la millora en les tècniques quirúrgiques i d'asèpsia; John Martin Munro Kerr (1868-1960), professor d'Obstetrícia i Ginecologia a la Universitat de Glasgow a Escòcia, conjuntament amb Eardley Holland (1879-1967), introduïren, l'any 1921, la cesària a través del segment inferior uterí. Aquesta tècnica reduïa l'hemorràgia durant la intervenció i minimitzava la possibilitat de ruptura uterina en un embaràs posterior, la qual cosa va permetre efectuar una prova de part vaginal en els embarassos següents. Una innovació de la segona meitat de segle XX fou la substitució de l'anestèsia general per l'anestèsia peridural per tal d'efectuar la intervenció i permetre a la mare estar

---

<sup>614</sup> O'Down, M.J., Philipp, E.E., *op. cit.*, pp. 132.

conscient i participar del naixement del seu fill; tanmateix, el nadó no rep l'efecte de l'anestèsia general.<sup>615</sup>

La introducció dels antibiòtics, les transfusions de sang, el perfeccionament dels mètodes anestèsics i la modificació d'alguna de les tècniques quirúrgiques han fet que la cesària hagi passat de ser una pràctica que comportava, amb molta probabilitat, la mort a la dona a convertir-se actualment en una tècnica demandada per algunes dones per substituir el part vaginal.

Fins l'any 1970 la taxa de cesàries per tal de finalitzar l'embaràs era baixa, ja que no superava el 5,50% dels parts, però a partir d'aleshores el seu nombre ha augmentat considerablement. Als Estats Units la taxa era del 24,7% dels parts l'any 1988. A Espanya la taxa era d'un 14% l'any 1990. Aquest increment s'associà en el seu inici a una millora de la mortalitat perinatal, però després es comprovà que tot i que la mortalitat perinatal es mantenia estable el nombre de cesàries continuava el seu increment.<sup>616</sup> Davant d'aquest continuat augment, els experts es començaren a qüestionar si aquest increment estava justificat donada la manca d'arguments que permetessin justificar-lo amb millores en els resultats materns o neonatals. La major seguretat quirúrgica en la pràctica de la cesària féu que a les cesàries practicades per una indicació clara (les anomenades *indicacions absolutes*), en les quals els beneficis per a la mare o el fetus superen clarament els perjudicis<sup>617</sup> s'hi afegiren altres indicacions anomenades *relatives* en les quals, segons les condicions de cada cas concret, unes vegades els professionals es decanten per la pràctica d'una cesària mentre que en altres

---

<sup>615</sup> Per a major coneixement de la història de la intervenció cesària es pot consultar: O'Down, M.J., Philipp, E.E., *op. cit.*, pp. 131-138.

<sup>616</sup> González-Merlo, J., González, F., Cesàrea; a González-Merlo, J., Laila, J.M., Fabre, E., González, J., *Obstetricia*<sup>6</sup>; Barcelona, Masson, 1996, pp. 787- 798.

<sup>617</sup> Entre les indicacions absolutes podem citar: patiment fetal agut, placenta prèvia oclusiva, situació transversa del fetus, prolapse de cordó, despreniment de la placenta, etc...,

ocasions opten per intentar el part vaginal;<sup>618</sup> hi ha, però, un tercer grup d'indicacions que es basen en la prevenció o profilaxi d'una prova de part que potencialment podria ser perillosa per a la mare o per al fetus.<sup>619</sup> Encara cal afegir a aquestes indicacions aquelles que no presenten una fonamentació clínica.<sup>620</sup>

Davant aquesta situació, actualment alguns autors opinen que la taxa de cesàries en els països desenvolupats és inadmissible, mentre que altres consideren que aquest augment constitueix un indicador del progrés mèdic i social d'una comunitat. Aquesta controvèrsia es nodreix fonamentalment de la manca d'un indicador del nombre òptim de cesàries. Semblaria que aquells centres que atenen un nombre alt de parts de risc haurien de tenir xifres superiors de cesàries, però això no s'acompleix en tots els casos, fins i tot

---

<sup>618</sup> Entre aquestes situacions es pot incloure la presentació dempeus del fetus, la cesària anterior, o la dificultat en la progressió espontània del part.

<sup>619</sup> En aquest apartat s'hi inclouria la prevenció de lesions en el sol pelvià, els embarassos obtinguts mitjançant tècniques de reproducció assistida, els embarassos geminats o múltiples, etc. Vid. Foradada, C. M., Reflexiones sobre la cesàrea; *Matronas Prof*, 2006, 7(1), pp. 5-13.

<sup>620</sup> Entre aquestes causes destaquen: l'edat materna, se sap que la taxa de cesàries s'incrementa amb l'edat de la mare, la taxa de cesàries en dones de més de 40 anys que tenen un embaràs fruit de tècniques de fertilització és d'un 71,4%, Vid. Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Hershkovitz, R., Katz, M., Mazor, M., Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women aged 40 and above; *Am. J. Obstet. Gynecol*, 2001, 185(4), pp. 888-892. Altres autors assenyalen que el volum assistencial dels centres sanitaris també es relaciona amb el nombre de cesàries, quan el nombre de parts atesos és superior als dos mil a l'any, el nombre de cesàries és més baix; les característiques dels professionals i de la seva formació constitueix també un factor rellevant, en treballs referits a embarassos amb fetus en presentació dempeus s'ha observat que molts professionals, durant la seva formació, sempre havia resolt aquesta situació mitjançant cesària i per tant en la seva vida professional no disposen de les competències necessàries per tal de poder-los resoldre d'una altre forma. Vid. Spellacy, W.N., Point/Counterpoint I. A viable fetus presenting as a breech in labor needs a cesarean delivery; *Obstet. Gynecol. Surv*, 1995, 50, pp. 761-763. També es pot consultar al respecte: Foradada, C. *La cesarea en la presentación de nalgas y en el feto de bajo peso*; Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Cádiz, Octubre, 1997.

centres amb taxes similars d'embarassos de risc presenten taxes diferenciades de nombre de cesàries. Per tant, la pràctica de la cesària s'ha convertit en paradigma de la variabilitat de la pràctica mèdica, és a dir, de la capacitat d'utilitzar un procediment o un altre per resoldre la mateixa situació clínica.<sup>621</sup>

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) inclogué la taxa de cesàries com un indicador de qualitat de l'atenció materna i perinatal, i en les seves recomanacions de l'any 1985 referia com a indicador de qualitat una taxa de cesàries del 15% dels parts;<sup>622</sup> aquestes recomanacions pretenien racionalitzar l'ús de la cesària i disminuir-ne l'ús indiscriminat. El percentatge actual de parts assistits mitjançant l'ús de la cesària en molts dels països occidentals acostuma a trobar-se per damunt d'aquestes recomanacions, tot i que també es presenten importants variacions. La situació en els països desenvolupats és heterogènia, així mentre al Regne Unit la taxa de cesàries durant l'any 2000 fou del 22,9%, a Holanda la xifra era de només un 9%, i a Noruega la taxa oscil·la entre el 12 i el 14%; alguns ministeris de Salut han intervingut en l'assumpte i així a Brasil s'ha imposat un límit màxim de cesàries del 35% en els hospitals públics mentre que, en el sector privat s'arriba o fins i tot se superen taxes del 70%.<sup>623</sup> En el cas d'Espanya, la mitjana de parts assistits mitjançant cesària durant l'any 1997 fou del 19,2% per a cada 100 parts i l'any 2000 s'havia incrementat fins al 21,7%, amb una àmplia variabilitat entre comunitats autònomes. Així, mentre la mitjana al País Basc era del 14,6%, a la Rioja era del 25,1% i a la Comunitat Valenciana del 25,4%. A Catalunya la taxa de cesàries per a l'any 2000 fou del 22,4%.<sup>624</sup>

---

<sup>621</sup> *Ídem.*

<sup>622</sup> Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*; Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 29.

<sup>623</sup> Foradada, C.M., *op. cit.*, p.6.

<sup>624</sup> *Íbid.*, p. 7.

### 5.2.1. La cesària electiva per raons no mèdiques

Com hem vist, la pràctica de la cesària per tal de posar fi a l'embaràs s'ha generalitzat i aquest augment en les xifres és objecte de controvèrsia permanent. Cada vegada són més els professionals que consideren la intervenció cesària tan segura com el part vaginal; un prova clara d'aquesta afirmació la trobem en una enquesta realitzada a Londres, i publicada l'any 1997, en la qual un 31% de les dones obstetres preferien que se'ls practiqués una cesària electiva en el supòsit d'un embaràs normal a terme. El motiu més citat per justificar aquesta decisió es fonamentava en la prevenció d'una futura disfunció del sòl pelvià, incontinència urinària i lesió de l'esfínter anal.<sup>625</sup>

Un aspecte destacable des de l'òptica de l'eficiència social és el cost econòmic que suposa la generalització de la cesària. L'increment pressupostari per al sistema públic implica necessàriament haver de deixar d'atendre altres problemes de salut. En una recent revisió del tema fetal als Estats Units es comprovà, però, que els costos dels parts vaginals altament intervinguts, especialment quan s'usaven oxitòcics, anul·laven les diferències en els costos econòmics d'ambdós tipus d'intervencions. Si també s'usava anestèsia peridural, els costos totals del part vaginal excedien els costos del part per cesària programada en gairebé un 10%.<sup>626</sup>

En aquest sentit, el Comitè per als aspectes ètics en Reproducció Humana i Salut de les dones de la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FUGO) dictaminà en un informe de l'any 1999: «realitzar una cesària per raons no mèdiques no es justifica èticament». En aquest mateix sentit es posicionà un comitè d'experts en bioètica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que inclogué entre les seves recomanacions: informar les

---

<sup>625</sup> *Íbid.*, p. 8.

<sup>626</sup> Bost, B.W., Cesarean delivery on demand: what will it cost?; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188(6), pp. 1418-1423.

dones de la conveniència de no retardar exageradament la gestació, fer públiques les dades contrastades de salut dels nounats, tant els nascuts per cesària com per via vaginal, elaborar programes i protocols consensuats per obstetres en exercici tant en el sistema públic com en el privat, apel·lar l'ètica dels professionals per convèncer-los de l'autoexigència d'avaluar riscos i beneficis de realitzar una cesària, col·laboració amb els instituts anatomicoforenses per tal de donar assessorament en les qüestions mèdiques legals perquè els jutges no segueixin considerant mala praxi l'omissió d'una cesària davant de qualsevol resultat advers i imprevisible del part, atès que la medicina és una ciència de probabilitats i no de certeses.<sup>627</sup>

Aquestes recomanacions pretenen disminuir el nombre de cesàries injustificades des de la perspectiva mèdica i aclareixen el panorama davant els professionals que en una mateixa situació clínica adoptaven estratègies diverses. Però, en els últims temps, ha aparegut un nou supòsit emergent: la denominada *cesària a demanda*, és a dir, aquella que és sol·licitada per la mateixa dona embarassada. Si la controvèrsia ja existia per tal de definir què constituïa una indicació mèdica de cesària, el dilema augmenta quan cal decidir si la sol·licitud d'una dona embarassada, ben informada, constitueix una indicació per a la intervenció.

Des d'una perspectiva mèdica s'han aportat arguments que desaconsellen la realització d'una cesària quan les indicacions mèdiques no són fortes.<sup>628</sup> També s'ha associat la cesària amb un major nombre de naixements en el preterme, ja que en ocasions la facilitat per practicar la intervenció porta a precipitar el moment del part i efectuar-la quan el nadó encara no és suficientment madur. Aquest risc, però, disminueix quan s'efectua una bona

---

<sup>627</sup> Foradada, C.M., *op. cit.*, p. 9.

<sup>628</sup> Entre aquests arguments podem destacar els següents: la cesària s'ha associat amb un major índex de dificultats respiratòries en nadons prematurs i també amb altres formes de distrès en nadons a terme. Vid: Wagner, M., *Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology*; Syney, ACE Graphics, 1994.

avaluació del temps de gestació i de la maduresa fetal. La cesària presenta un risc per a posteriors gestacions, ja que hi ha majors possibilitats de ruptura uterina, placenta prèvia, placenta accreta o embaràs ectòpic en gestacions posteriors.<sup>629</sup> La cesària també augmenta el risc de mortalitat materna, que segons alguns autors s'incrementa sis vegades en relació amb el part vaginal i tres vegades en les cesàries electives.<sup>630</sup>

Però no tots els autors hi estan d'acord, hi ha estudis que quan comparen les xifres de morbiditat i mortalitat de les cesàries electives practicades en dones sense patologies, amb adequada cobertura antibiòtica i de prevenció de les trombosis, no observen diferències en la mortalitat i morbiditat materna.<sup>631</sup> L'any 2007, la Col·laboració Cochrane de Medicina basada en l'evidència publicà una revisió sistemàtica sobre l'ús de la cesària per raons no mèdiques en l'embaràs a terme i d'aquesta revisió es va concloure que no hi ha assajos clínics que permetin extraure conclusions definitives sobre els riscos de la cesària programada efectuada per raons no mèdiques.<sup>632</sup>

Els mateixos autors són conscients que plantejar un assaig clínic aleatori per tal d'avaluar els avantatges i inconvenients de la cesària per raons no mèdiques presenta qüestions metodològiques importants, a més d'introduir inquietuds morals significatives sobre l'ètica de realitzar un assaig clínic on les dones assignades a la intervenció rebrien una cirurgia sense indicació mèdica. Per tant, els autors fan esment també a les dades provinents d'estudis

---

<sup>629</sup> Sheldon, R.E., Escobedo, N.B., Cole, D.S., Dayal, A.K., Chazotte, C., Minkoff, H., et al., Elective Primary Cesarean Delivery; *N. Engl. J. Med.*, 2003, 348, pp. 2364-2365.

<sup>630</sup> Foradada, C.M., Grimau, M., La cesària ¿Demasiadas o demasiado pocas?; *Folia Clin. Obstet. Ginecol.*, 2002, 33, pp. 6-47.

<sup>631</sup> Paterson-Brown, S., Should doctors perform an elective caesarean section on request?; *BMJ*, 1998, 317, pp. 462-465.

<sup>632</sup> Lavender, T., Hofmeyr, G.J., Neilson, J. P., Kingdom, C., Gyte, G.M.L., Cesària por razones no médicas para el embarazo a término; (Revisión Cochrane traducida). A *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*; 2007 Issue 3. Chichester, UK: Jhon Wiley & Sons, Ltd).

observacionals sobre la cesària programada per raons no mèdiques i el part vaginal programat. Les dades en aquests estudis no són tampoc concloents.<sup>633</sup>

«En el Regne Unit, les dades més recents indiquen que la taxa estimada de mortalitat materna per milió de parts i el risc relatiu de la cesària programada duplicaren els valors del part vaginal. De totes formes, això no fou estadísticament significatiu i “no es pot concloure que la cesària sigui necessàriament més perillosa que el part vaginal”; especialment atès que el nombre de cesàries programades realitzades per indicacions mèdiques era incert».

Els mateixos autors manifesten desconèixer el nombre real de dones que sol·liciten un part per cesària sense indicacions precises per a elles o per als seus fills. No obstant això, som conscients que actualment un percentatge de dones se sotmeten a cesàries realitzades en l'embaràs a terme per raons no mèdiques, si bé l'evidència disponible quant als riscos i beneficis d'aquesta pràctica és encara font de debat. En un estudi efectuat a Itàlia l'any 1997 on per llei s'han de respectar les eleccions de les dones en referència al tipus de part, s'observa un 4% de cesàries per demanda materna.<sup>634</sup> El motiu pel qual les dones sol·liciten una cesària en l'embaràs a terme és també tema de debat. No es coneixen clarament els motius que porten a les dones a efectuar aquestes sol·licituds, dues revisions bibliogràfiques sistemàtiques destacaren aspectes metodològics, conceptuals i culturals que podrien influir en les preferències de

---

<sup>633</sup> *Ídem*. “En el Reino Unido, los datos más recientes indican que la tasa estimada de mortalidad por millon de partos y el riesgo relativo de la cesarea programada duplicaron los valores del parto vaginal. Sin embargo, esto no fué estadísticamente significativo y no puede concluirse que la cesarea sea necesariamente más peligrosa que el parto vaginal; especialmente dado que el número de cesáreas programadas realizadas por indicaciones médicas era incierto”

<sup>634</sup> Tranquilli, A.L., Garzeti, G.G., A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section “on maternal request”; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177, pp. 245-246.



les dones pel part vaginal o la cesària en diferents poblacions.<sup>635</sup> L'experiència dels parts anteriors, el temor i la por a un part vaginal, la necessitat d'elecció i de control, juntament amb l'acceptació cultural de la cesària, poden influenciar en la decisió de les dones en allò referent a la forma de donar a llum.

#### **5.2.1.1. Les demandes de cesària electiva i inducció del part vaginal. Consideracions ètiques.**

La realitat ens mostra que el punt de vista de les diferents dones en front del part és variada i el ventall d'opinions oscil·la des d'aquella que considera que el part institucionalitzat i la tecnologia mèdica aplicada en els entorns hospitalaris és totalment innecessària per a l'atenció al part normal, fins aquella altra que prefereix una cesària programada perquè des de la seva perspectiva presenten un major pes les incomoditats i el patiment d'un part vaginal que les improbables complicacions de la cesària. En alguns casos també consideren avantatjós l'anticipació i el control d'una intervenció programada, i fins i tot poden considerar que constitueix un benefici per al fetus no sotmetre'l als possibles riscos impredecibles d'un part vaginal. En un terme mitjà trobaríem aquella dona que prefereix un part vaginal, però li agradaria poder-lo programar per tal de tenir un millor control de la situació.

En aquest punt ens trobem davant d'un possible conflicte entre la mare i el metge, quan una dona sol·licita una cesària a demanda i el professional, d'acord amb algunes de les recomanacions disponibles i segons la seva pròpia opinió,

---

<sup>635</sup> Vid. Gamble, J., Creedy, D.K., Women's request for cesarean section: a critique of the literature; *Birth*, 2000, 27, pp. 256-263, o també en la mateixa revista Kingdon, C., Baker, L., Levender, T.A., A review of nulliparous women's views of cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial.

considera que aquesta pràctica no és recomanable. A la pregunta: té una dona el dret inalienable d'escollir una cesària? Hi ha respost Wagner<sup>636</sup> en un article profusament citat, en el qual s'exposa el raonament següent: legalment una persona té el dret de negar-se a rebre un tractament mèdicament prescrit, però no és certa l'asseveració contrària segons la qual un individu pugui exigir un tractament no indicat; és més, si un metge està convençut que el procediment sol·licitat pot ser perillós per a la mare o per al fetus, fins i tot té el deure de refusar la realització del tractament esmentat.

Per contra, en un recent article de Benson,<sup>637</sup> que porta el suggerent títol de: «Quo vadis cesarean delivery?», s'afirma que no deixa de ser paradoxal que una dona pugui decidir si es vol quedar embarassada o no, o fins i tot, si vol interrompre el seu embaràs, però que en canvi se li negui l'opció d'escollir, amb la prèvia informació, el tipus de part que desitja. Per a Benson: «el principi d'autonomia segons el qual un pacient, un cop informat sobre els riscos i els beneficis, pot escollir entre tractaments alternatius es reconeix legalment en totes les condicions excepte en el moment del part».<sup>638</sup> En el mateix sentit es manifesta Paterson-Brown,<sup>639</sup> qui a la pregunta de si els metges han de practicar una cesària electiva per petició de la dona; respon que sí, sempre que la dona hagi estat plenament informada de les circumstàncies concretes del seu cas i dels riscos. Per a aquesta autora, de la mateixa forma en què habitualment encoratgem les dones a fer planificació familiar, cribratge prenatal d'anomalies congènites, diagnòstic prenatal, totes aquestes pràctiques que no respecten el

---

<sup>636</sup> Wagner, M., Choosing caesarean section; *Lancet*, 2000, 356, pp. 1677-1680.

<sup>637</sup> Benson, W., A Guest Editorial: Quo Vadis Cesarean Delivery? *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2002, 57(2): 61-64.

<sup>638</sup> Íbid, p. 61. "The principle that a patient should be given informed consent regarding risks and benefits of available alternative treatments and that her autonomy of choice be respected is ethically and legally recognized in every condition except obstetrical delivery".

<sup>639</sup> Paterson-Brown, S., Should doctors perform an elective caesarean section on request; *British Medical Journal*, 1998, 317, pp. 462-463.

natural desenvolupament dels fets, de la mateixa manera hem d'acceptar que la dona pugui optar per una cesària i no seguir el procés natural del part vaginal. Per a Paterson-Brown, els professionals sanitaris han de respectar el punt de vista i les eleccions informades de les dones, aquesta afirmació no significa que els professionals s'hagin de convertir en senzills tècnics que executen els desitjos de les dones, sinó que han de ocupar el paper d'interlocutors en els processos de presa de decisions; reconeix que manca evidència per tal que els professionals puguin basar-se en les recomanacions científiques, però per a ella el fet que una tercera part de les dones ginecòlogues optarien per una cesària programada demostra que els prejudicis associats a la tècnica són assolibles per una persona raonable.

Si acceptem que en la cesària electiva hi ha perjudicis,<sup>640</sup> però també beneficis i que no hi ha una evidència clara que permeti una posició ferma als professionals sanitaris, llavors adquireix especial importància l'elecció autònoma que la dona realitzi per al seu part. Per tal que una dona pugui prendre una decisió informada és fonamental el tipus d'informació que rep i comprèn.

Chevernak i MacCullough<sup>641</sup> han elaborat un algoritme que permet als professionals oferir, recomanar i realitzar una cesària, partint dels principis ètics de beneficència i respecte a l'autonomia, i el concepte de *fideïcomissari*.

En l'algoritme els autors van oferint una sèrie de preguntes que necessiten la indicació de la cesària: quan hi ha evidència clínica que la cesària ofereix més avantatges que inconvenients (en el cas de les indicacions absolutes), el professional ha d'informar i ha de recomanar la cesària. Quan les indicacions són relatives i hi ha controvèrsia mèdica sobre quina és la millor opció, llavors els

---

<sup>640</sup> Qualsevol intervenció quirúrgica comporta riscos que no es poden obviar ni ignorar. Però en aquest moment aquests riscos són assumits en moltes intervencions que no són estrictament necessàries per tal de salvar la vida del pacient. L'exemple més paradigmàtic el trobem en les intervencions de cirurgia estètica a les que es sotmeten fonamentalment les dones joves (la mateixa població que podria sol·licitar una cesària a demanda).

<sup>641</sup> Chevernak, F.A., McCullough, 2005<sup>9</sup>, *op. cit.*, pp. 1106-1109.

professionals han de fer participar d'aquesta controvèrsia la dona implicada (un exemple seria el part després d'una cesària prèvia); per als autors no informar la dona de la incertesa i no oferir-li la possibilitat d'optar seria caure en un paternalisme mèdic no justificat; hi ha un tercer supòsit en el qual tot i que la cesària presenta una indicació, la prova de part vaginal presenta un suport clínic més clar. Un exemple seria la sospita de macrosomia (fetus excessivament gran), en la qual les tècniques per al diagnòstic (ecografia...) no presenten una precisió important i tot i que la cesària podria aportar beneficis i evitar complicacions, la prova de part deixa més clara la indicació. Per tal d'evitar un paternalisme injustificat, els autors consideren que el professional ha d'oferir ambdues possibilitats i deixar optar a la dona gestant, però en aquest cas com que l'evidència clínic dona suport a la prova de part vaginal, llavors el professional tot i deixar optar ha d'aconsellar la via vaginal; tanmateix, si la dona decideix una cesària electiva està plenament justificat que el professional la realitzi. Des del punt de vista dels autors en la resta de casos la cesària no ha de ser oferta pels professionals, ja que no hi ha evidència que porti majors beneficis que perjudicis. Però tot i no oferir-la de forma sistemàtica, hi ha un nombre petit de dones que sol·liciten al professional aquesta pràctica. Des del punt de vista dels autors, quan es presenta aquest tipus de preferència i es basa en valors profundament sostinguts com podria ser el cas d'una por important que el fetus pateixi lesions importants en un part vaginal, i en els quals la dona es reafirma després d'un intent seriós de dissuasió basat en la recomanació persuasiva, però no coactiva, llavors aquesta decisió compleix amb el principi del millor benefici des de la perspectiva de l'autonomia de la dona.

Per tant, davant de la pregunta de quina ha de ser la resposta d'un metge que rep aquest tipus de sol·licitud, per als autors si la dona està ben informada i manté els seus arguments, tot i les recomanacions del professional, llavors aquesta cesària ha de fer-se o derivar la dona a un altre professional que li practiqui. Aquest cas no s'acompliria, segons els mateixos autors, quan la petició de la dona es basa en raonaments mal fonamentats des del punt de vista clínic

com, per exemple quan la dona desitja una cesària perquè no vol sotmetre's al dolor del part; atès que hi ha mètodes eficaços per tal que aquest dolor pugui alleujar-se i ja que la pràctica de la cesària també s'acompanya de dolor postoperatori important que necessitarà d'una important analgèsia, llavors aquesta preferència ha de ser fortament debatuda amb la dona, i per als autors aquesta preferència no es pot sustentar en el judici clínic basat en l'autonomia de la dona.

Seguint aquest mateix raonament, considerem que quan una dona sol·licita una inducció del treball de part, cal també valorar el mateix algoritme, i en els casos en què és la pròpia dona qui efectua la sol·licitud si hi ha una situació clínica favorable (un test de Bishop favorable), que permeti pronosticar un bon resultat en la inducció, llavors cal valorar el raonament que la dona exposa per tal de programar el seu part, pot ser que les circumstàncies familiars (una mare que té ja fills anteriors i que per la seva situació personal opta per una programació al matí, en què ha pogut solucionar la situació dels altres fills i afrontar el treball de part en les millors condicions físiques pot ser un raonament ben fonamentat) facin que aquesta sigui una opció a tenir en compte. Un cas diferent seria el d'una dona que desitja que el seu fill neixi un dia determinat, senzillament perquè li fa il·lusió, però no té en compte que un part induït presenta una evolució més llarga i no desproveïda de potencials complicacions.

Tot aquest debat posa en evidència la importància del procés de consentiment informat, especialment la fase informativa prèvia a la presa de decisions, i més concretament el model de relació assistencial que cal establir entre el professional i la dona usuària. El procés d'informació pot abordar-se com una informació neutra i generalitzada en la qual el professional no dóna més informació que aquella que es podria incloure en un fullet informatiu o bé es pot abordar com una informació individualitzada, en la qual s'estableix un diàleg entre ambdues parts i on tothom hi exposa els millors arguments possibles, tenint en compte que el professional ha d'aportar els arguments fonamentats en l'evidència científica disponible i sota aquesta perspectiva valorar els arguments

que la dona exposa d'acord amb la seva pròpia visió del tema, que evidentment no té perquè basar-se en les recomanacions científiques. Partint de la valoració d'aquests arguments de la dona el professional ha d'actuar acompanyant la usuària en el procés de presa de decisions informades. Les tècniques de comunicació esdevenen fonamentals en el desenvolupament d'aquest diàleg entre professional i usuària.

### **5.3. L'assistència no medicalitzada al procés del part**

Si fins aquí hem argumentat al voltant del procés de medicalització i tecnificació de l'assistència al naixent, tenint en compte les seves consideracions socials i ètiques, arribats a aquest punt ens correspon abordar el plantejament contrari: l'atenció no medicalitzada al part normal.

Com hem esmentat, en els països desenvolupats, els canvis mèdics, tecnològics i socials que es produïren des de la fi del segle XIX, i principalment al llarg del segle XX, han permès la millora dels resultats perinatal: la mortalitat materna i neonatal han assolit una disminució considerable. Aquesta millora dels resultats obstètrics s'ha acompanyat d'importants canvis en l'atenció sanitària als processos d'embaràs i part. Aquests canvis comprenen un més ampli control de l'embaràs i una assistència al part en el si de complexos hospitalaris, amb la incorporació de noves tecnologies sanitàries.

Al llarg d'aquests anys s'aconseguien meritòries millores de salut maternoinfantil, però, d'altra banda, com a conseqüència, se n'ha derivat un efecte que alguns sectors de la societat, tant usuaris com professionals de la salut, consideren que cal tornar-se a plantejar. Es considera que l'intervencionisme mèdic i tecnològic és excessiu; a vegades s'utilitzen procediments que no estan corroborats per l'evidència científica, i sovint no es

diferencien els mètodes de control emprats en els parts de risc elevat dels utilitzats en l'atenció al part normal.

En el nostre país durant la dècada dels anys seixanta del segle XX, el sistema sanitari públic desenvolupà una important infraestructura hospitalària, fins llavors molts parts eren atesos al domicili per llevadores i/o metges de capçalera. L'ús d'aquests nous hospitals comportà que la majoria de parts foren assistits dins la institució sanitària, en molts d'aquests hospitals la responsabilitat de l'atenció al part l'assumiren els metges especialistes en ginecologia i obstetrícia. De forma paral·lela, el sistema de la Seguretat Social estengué la seva cobertura a pràcticament tota la ciutadania del país.

L'atenció al part a Espanya s'ha situat en un model intervencionista i institucionalitzat, com succeeix en països com Irlanda, Rússia, República Txeca, França i Bèlgica; coexisteixen en l'entorn europeu models d'atenció diferents: a Holanda i els països escandinaus s'ofereix un model desinstitucionalitzat atès fonamentalment per llevadores, que gaudeixen d'una forta autonomia professional. Hi ha altres països que han optat per un model intermedi que planteja un part institucionalitzat, però amb una menor medicalització, en aquesta tercera estratègia podem incloure el Regne Unit i Alemanya.<sup>642</sup>

### **5.3.1. La crítica a la medicalització del part. Aspectes ètics i socials**

Des de la fi del segle XX, en alguns països d'Europa i d'Amèrica del Nord, han aparegut moviments de dones i professionals en defensa d'una assistència al part normal menys intervencionista. L'any 1993 es publicà en el Regne Unit

---

<sup>642</sup> Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*; p. 16.

l'informe *Changing Childbirth*,<sup>643</sup> en el qual es potenciava una assistència més respectuosa amb la fisiologia del part.

En el nostre país, tot i que sempre hi ha hagut llevadores i ginecòlegs que han assistit parts de forma no intervencionista, i fins i tot parts a domicili, aquesta activitat ha estat testimonial.<sup>644</sup> Recentment han aparegut associacions d'usuàries molt bel·ligerants en aquest tema, la més representativa és l'associació *El parto es nuestro*,<sup>645</sup> que sol·licita dels professionals una assistència amb menys intervenció mèdica i tecnològica. En aquesta associació han sumat veus dones usuàries i professionals descontents amb l'assistència habitual. Aquest tema ha arribat a instàncies institucionals i l'informe del *Defensor del pueblo* de 2006<sup>646</sup> es féu ressò de la demanda d'un significatiu nombre de persones que sol·licitaven la utilització de procediments naturals, sense aplicació de mitjans tècnics, si no era necessari, durant la dilatació i el part, en línia amb les recomanacions que l'Organització Mundial de la Salut formulà, l'any 1985, sobre el naixement.<sup>647</sup> En aquest mateix informe el *Defensor del pueblo* aconsellava la implementació d'un protocol per a l'atenció de parts

---

<sup>643</sup> Towler, J., Bramall, J., *op., cit.*

<sup>644</sup> En aquest sentit es pot citar la *Associació Nacer en Casa* que ha assistit parts a domicili, de forma natural. Aquesta assistència s'emmarca en un model privat de finançament de l'assistència que no compta amb cap mena de reconeixement dins el Sistema Públic d'atenció a la maternitat.

<sup>645</sup> Vid.: *El parto es nuestro*. Disponible on line: [http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1). Accés el 12 de maig de 2008. Entre els molts continguts de la pàg. web s'hi poden consultar experiències personals de parts, explicades en primera persona, en forma de relat autobiogràfic per diferents dones. En la majoria de relats sobre experiències negatives i traumàtiques s'hi troba l'associació entre violència, deshumanització i maltracta. Tot i que aquests conceptes no tenen perquè presentar-se obligatòriament associats amb la medicalització i tecnificació de l'assistència, aquests es troben intrínsecament units en la major part de les històries explicades. Més endavant tractarem amb més amplitud aquests temes.

<sup>646</sup> Defensor del Pueblo. Espanya. *Informe anual 2006*; On line: Disponible a: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes1.asp>. Accés el 03 d'octubre de 2007.

<sup>647</sup> Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza; *Lancet*, 1985; 2, pp. 435-436.



naturals no medicalitzats, al qual poguessin acollir-se les dones/parelles que ho desitgessin, sempre que no hi haguessin factors de risc obstètric que ho contraindiquessin. En aquesta mateixa línia, el *Ministerio de Sanidad y Consumo*, en el *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PCSNS)*<sup>648</sup> ofereix com a objectiu essencial assegurar una atenció sanitària d'excel·lència més personalitzada i centrada en les necessitats i expectatives dels i de les pacients. *El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM)* del *Ministerio de Sanidad y Consumo* també abordà l'atenció al naixement en el segon *Foro de Mujeres, Salud y Género*, i en el tercer, abordà els indicadors sanitaris referits a l'embaràs, part i puerperi.<sup>649</sup> Algunes comunitats autònomes (CA) han establert iniciatives per tal de fomentar l'assistència al part natural, entre aquelles dones que ho desitgin, i garantir els drets de les mares i els fills i filles. Actualment Andalusia, Catalunya i Cantàbria disposen de legislació o documentació sobre aquest tema. En el cas de Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat presentà el Protocol d'Assistència Natural al Part Normal,<sup>650</sup> amb l'objectiu d'oferir atenció al part respectant el procés fisiològic i evitant intervencions innecessàries. Finalment, el Observatorio de Salud de la Mujer edità el novembre de 2007 el *Documento de estrategia de atención al parto normal*.<sup>651</sup>

Les associacions professionals han elaborat també noves guies i documents sobre l'assistència natural al part normal. *La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)* va creure necessari enfortir les llevadores per tal que se sentin recolzades i segures en les seves activitat diàries, amb la finalitat de poder donar resposta a les demandes i necessitats de

---

<sup>648</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo, *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*; on line: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>, accés el 12 de maig de 2008.

<sup>649</sup> Observatorio de Salud de la Mujer. *III Foro de Mujeres, Salud y Género*; On line: <http://www.foromujeressaludygenero.es/>. Accés 10 de març de 2007.

<sup>650</sup> Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, *Protocol per a l'assistència natural al part normal*.

<sup>651</sup> Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.

les dones que desitgen tenir un part amb assistència no medicalitzada; l'any 2006 posà en funcionament la *Iniciativa Parto Normal* i el març de 2007 publicava *Documento de Consenso*<sup>652</sup>, en el qual amb col·laboració i suport del *Observatorio de Salud de la Mujer* i després de realitzar una revisió de la bibliografia disponible sobre l'atenció al part normal s'elaborà un document que pretén, entre altres objectius, sensibilitzar les llevadores en les seves competències per tal d'assistir parts normals, elaborar un document de consens basat en les evidències científiques i crear opinió entre les dones i la societat sobre l'assistència al part normal.

A l'inici de 2008, la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (SEGO) publicà també la seva posició oficial en l'assistència al part, en el document elaborat es propugnava una atenció més respectuosa amb la fisiologia del part i s'incidia en qüestions com la utilització selectiva de l'episiotomia o evitar el rasurat del periné.<sup>653</sup>

### **5.3.2. Les pràctiques sanitàries en l'assistència no medicalitzada al part normal**

L'assistència no medicalitzada o natural al part normal és aquella que es presta amb la mínima intervenció obstètrica, de manera que només s'intervé quan és estrictament necessari, amb la finalitat de resoldre algun problema.

El que es pretén, doncs, és acompanyar la fisiologia del naixement des de la perspectiva que el part és un procés fisiològic que cal respectar. En aquesta assistència l'actitud del personal sanitari s'ha de limitar a observar, donar suport,

---

<sup>652</sup> Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*; FAME, Barcelona, 2007.

<sup>653</sup> Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*; SEGO, enero 2008.

oferir recursos a la dona i avaluar de forma continuada el desenvolupament del procés, estant alerta a qualsevol desviació de la normalitat.

L'assistència no medicalitzada al part normal requereix una sèrie de mesures. Les pràctiques habituals durant el procés de dilatació comprenen usar el partograma com a eina per valorar l'evolució del part normal; s'insisteix també en la necessitat de fomentar tècniques poc invasives com la palpació abdominal o la interpretació del comportament de la dona per tal de disminuir la necessitat de tactes vaginals, que es recomanen a intervals de dues a quatre hores; tanmateix, s'aconsella afavorir els canvis de postura i la deambulació per tal d'ajudar a la dilatació del coll de la matriu i permetre a la dona afrontar les sensacions de dolor amb més facilitat; els banys, les dutxes i els massatges també poden ajudar en aquest propòsit.<sup>654, 655</sup>

---

<sup>654</sup> En el tema de l'administració d'oxitocina el *Protocol per a l'assistència natural al part normal* del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya afirma que, amb el consentiment de la dona, aquesta es podrà administrar sense que això signifiqui abandonar el *protocol d'assistència natural al part normal*, la SEGO també considera que l'administració d'oxitocina es farà de forma no rutinària, només quan la dilatació no progressi de forma adequada; en el mateix sentit es pronuncia l'*Observatorio de Salud de la Mujer*; el *Document de Consens de la FAME* no fa esment a la possibilitat d'administrar oxitòtics en l'assistència natural al part normal, ( possiblement aquesta manca de referència es deu a que la llevadora és un professional infermer i com a tal no té reconeguda, de moment, facultat de prescripció farmacològica). En canvi fa referència a la pràctica de l'amniotomia, en casos de parts d'evolució lenta en els que mesures com la deambulació o el canvi de posició no han mostrat efectivitat; el *Document* de la SEGO i el del *Observatorio de Salud de la Mujer* fan les mateixes recomanacions en relació amb la ruptura de la bossa amniòtica, en canvi el *Protocol* del Departament de Salut no fa esment a aquesta pràctica.

<sup>655</sup>En relació a l'aplicació d'una via endovenosa, durant el període de dilatació; per al *Protocol del Departament de Salut* aquesta mesura no es necessària, el mateix afirma el document del *Observatorio de Salud de la Mujer*, en el document de la FAME no s'hi fa esment i en el cas de la SEGO s'afirma que, en aquelles dones que desitgen una assistència no medicalitzada, aquesta pràctica es podria obviar; tot i que la prudència pot fer aconsellable tenir una via canalitzada que es manté heparinitzada i salinitzada, per si cal usar-la davant d'alguna potencial complicació.

Algunes pràctiques que s'havien usat de forma protocol·lària durant molt de temps es troben ara desaconsellades, és el cas del rasurat públic i l'aplicació de l'ènema de neteja.<sup>656</sup>

Durant la segona fase del part, és a dir en el període expulsiu, es recomana mantenir una actitud expectant, en la mesura que sigui possible, i respectar les postures triades per la dona. Els esponderaments es faran en la postura més còmoda, deixant visible el periné, per tal que el professional pugui protegir-lo. Sempre s'ha d'animar la dona a miccionar de forma espontània i deixar el sondatge vesical per a casos excepcionals en què la partera no pugui miccionar i la bufeta estigui plena. En relació amb la pràctica de l'episiotomia tots els documents estan d'acord que aquesta ha de ser restrictiva i només ha de ser practicada en aquells casos en què els professionals consideren que és necessària.<sup>657</sup> Tots els documents estan d'acord a no lligar el cordó umbilical fins que deixi de bategar i a mantenir el contacte mare fill continuat, així com afavorir l'inici de l'alletament matern.

---

<sup>656</sup> El fonament de la utilització del rasurat perineal previ al part es basava en que aquesta pràctica disminuïa el risc de infecció i permetia una sutura més senzilla i segura de la episiotomia; no hi ha evidència científica que doni suport a aquestes afirmacions, per aquest motiu actualment cap dels documents esmentats no la recomana. En relació amb l'administració d'un ènema de neteja durant la fase de dilatació, la seva pràctica es fonamentava en que la presència de bolus fecal a l'intestí dificultava la sortida del fetus doncs restava espai per a la seva progressió durant el període expulsiu; alguns estudis han demostrat que l'emissió de femta de forma espontània durant el període expulsiu es de més fàcil neteja que la expulsió de femta líquida procedent dels restes de l'ènema, a més aquesta femta líquida es susceptible d'infectar les ferides perineals; només s'aconsella l'aplicació d'un ènema de neteja si la dona ho demana perquè creu que d'aquesta forma ella es sentirà més còmoda.

<sup>657</sup> En relació a l'actitud a adoptar durant i després de l'expulsiu fetal, El *Departament de Salut* aconsella demanar autorització a la dona per a l'administració d'oxitocina intramuscular o endovenosa lenta després de la sortida del fetus, per a facilitar l'expulsiu de la placenta i la contractibilitat uterina, el mateix recomana el protocol de la SEGO, en canvi per al Document del *Observatorio de Salud de la Mujer* calen més investigacions per tal d'aclarir la millor evidència doncs actualment no existeixen proves suficients que permetin recomanar una actitud activa d'administració d'oxitòcics o una actitud passiva i no intervencionista, en el document de la FAME no es fa esment a l'assistència farmacològica en l'expulsiu.

En tots els documents esmentats es fa referència a l'actitud del personal sanitari que ha de ser respectuosa, ha de donar suport emocional i ha d'oferir recursos a la dona; es reconeix el dret de la dona a estar informada i a decidir. Atès que aquestes afirmacions no es circumscriuen a l'atenció al part normal no medicalitzat, sinó que haurien d'estar presents en totes les pràctiques assistencials d'acord amb les recomanacions de bona praxis, en un apartat posterior farem esment a la relació que s'ha establert entre una pràctica respectuosa amb la fisiologia del part i una actitud respectuosa, humana i no violenta cap a la dona, ja que prèviament la tecnificació de l'assistència havia comportat una actitud poc humanística, paternalista i fins i tot patriarcal en certs casos cap a la dona durant el procés del part.<sup>658</sup>

Un punt important en l'assistència al part és l'afrontament de la sensació de desconfort i del dolor. El dolor i el desconfort en el part poden alleujar-se de formes molt diferents, l'aplicació d'anestèsia constitueix una pràctica que s'ha fet força habitual, especialment a casa nostra. L'aplicació d'anestèsia durant el procés de dilatació implica l'adopció de mesures de caràcter farmacològic en ocasions marquen la línia divisòria entre una assistència natural i una assistència medicalitzada al procés de part. Per aquest motiu dedicarem a aquesta qüestió el capítol següent.

#### ***5.4. El desconfort en el part. El seu abordatge***

Les dones pateixen diferents graus de sensació de dolor o de desconfort durant el procés del part. Des d'un punt de vista biològic el dolor en el part es produeix per la dilatació i contracció de les estructures anatòmiques implicades

---

<sup>658</sup> A tractar el tema de la dominació i l'actitud patriarcal hi dedicarem el proper capítol.

en el part.<sup>659</sup> Però la percepció del dolor presenta una complexitat que no s'esgota en els aspectes estrictament biològics; el dolor en el part pot ser considerat com una complexa síndrome en la qual a les qüestions biològiques s'hi afegeixen components emotius mitjançant els quals, la percepció i vivència de la sensació dolorosa es modifica segons característiques socioculturals. Per tant, la percepció del dolor en el part és el resultat de la combinació de factors físics (edat, paritat, condicions del coll de la matriu, relació entre la mida fetal i el canal del part, cansament matern, insomni...), psicològics (por, ansietat, desconeixement, manca d'informació, embaràs no desitjat...), socials (factors racials, culturals o ètnics) i fins i tot assistencials (part d'inici espontani o induït, part instrumentat o episiotomia). En un estudi de Bonica et al.,<sup>660</sup> un 20% de les dones consideraven el dolor de part insuportable, un 30% el qualificaven com a sever, un 35% moderat, mentre que un 15% el classificaven com a lleu.

El control i maneig del dolor en el part ha estat un tema d'atenció i debat al llarg de la història. Al llarg dels anys s'han usat i recomanat diferents mètodes d'alleugeriment del dolor, que comprenen des d'intervencions limitades, com exercicis de respiració o acompanyament i suport psicològic, fins a mesures mèdiques i farmacològiques com són les diverses tècniques anestèsiques. L'inici de l'anestèsia moderna es pot situar, com ja hem esmentat, a meitat del segle XIX, quan l'any 1847 James R. Simpson inicià l'ús del cloroform en obstetrícia, el mètode es popularitzà quan pocs anys més tard, l'any 1854, John Snow l'utilitzà per alleujar el dolor de part a la reina Victòria en el naixement del seu cinquè fill.<sup>661</sup> Des d'una perspectiva mèdica el que es demana a qualsevol

---

<sup>659</sup> Durant el període de dilatació, el dolor es deu a l'obertura del coll uterí, a la distensió del segment inferior de l'úter i a les contraccions rítmiques de la musculatura uterina; durant el període expulsiu, els estímuls dolorosos es produeixen per la distensió de les estructures inferiors del canal del part: vagina, vulva i periné. Vid. Lázaro, J.J., Borrás, M., Lailla, J.M., *op. cit.*, pp. 331-345.

<sup>660</sup> Bonica, J.J., McDonald, J.S., *The pain of childbirth*, a Bonica, J.J., *The management of pain*; Philadelphia, Lea & Febiger, 1990<sup>2</sup>, p. 1313-1343.

<sup>661</sup> Durant molts anys aquesta tècnica es conegué popularment com "part de la reina"

mètode d'alleugeriment del dolor de part és que sigui eficaç i segur tant per a la mare com per al fetus.

Alguns mètodes com les teràpies de relaxació, les tècniques de distracció o el suport continu ajuden les dones a usar els seus propis recursos per tal de sobreportar el dolor. Altres mètodes no farmacològics com l'acupuntura, la reflexologia, l'aromateràpia, l'ús de banys d'immersió en aigua calenta, els massatges, la neuroestimulació elèctrica transcutània o la injecció intradèrmica d'aigua estèril s'han mostrat també útils per al tractament del dolor. Els mètodes farmacològics com la inhalació d'òxid nítrós, la injecció parenteral d'opiacis i especialment les anestèsies regionals són àmpliament usats actualment. L'ús d'aquests mètodes presenta una important variabilitat segons països i centres sanitaris, així mentre la inhalació d'òxid nítrós, mètode conegut des de 1881, es manté encara en ús en els països anglosaxons, el seu ús és totalment desconegut en el nostre país. Una situació semblant es presenta amb la utilització de l'anestèsia peridural; l'analgèsia epidural s'usà per primera vegada en la pràctica obstètrica l'any 1946; actualment un 20% de les dones del Regne Unit reben aquest tipus d'anestèsia durant el treball de part,<sup>662</sup> als Estats Units aquest percentatge augmenta fins al 58%,<sup>663</sup> mentre que a Catalunya reben aquest tipus d'anestèsia el 86% de les dones.<sup>664</sup>

En aquest moments els mètodes d'alleugeriment del dolor i el desconfort en el part es classifiquen com a mètodes complementaris i alternatius que fan referència a aquells en què no s'usen substàncies farmacològiques i mètodes

---

<sup>662</sup>Department of Health, *Statistical Bulletin-NHS Maternity Statistics, England- 2003-2004*; London, Department of health, 2004.

<sup>663</sup> Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., Risher, P., *Listening to mothers; report of the first national survey of women's childbearing experiences*; New York, Maternity Center Association/Harris Interactive, 2002.

<sup>664</sup> Sabaté, S., Gomar, C., Canet, J., Fernández, C., Fernandez, M., Fuentes, A. Anestesia obstétrica en Cataluña (España); *Médecina Clinica*, 2006, May 24, 126 Suppl 2, pp. 40-45.

farmacològics entre els quals bàsicament s'inclou l'ús de l'anestèsia epidural, tot i que fora del nostre entorn hi té un pes considerable l'ús de l'òxid nítrós.

#### **5.4.1. Els mètodes no farmacològics per alleujar el dolor en el part**

Són nombrosos els mètodes, no farmacològics, d'alleugeriment del dolor en el part. Algunes dones aprecien la simplicitat d'aquests mètodes que els permeten un cert alleugeriment de la sensació de desconfort i un autocontrol de la situació. L'oferiment d'aquests mètodes requereix que els centres sanitaris i els professionals s'hi trobin adaptats; és a dir que els coneguin, els sàpiguen aplicar i que hi hagi un cert consens professional per tal de poder-los oferir. Alguns autors han revisat la utilitat d'alguns d'aquests mètodes i la seva repercussió en aspectes obstètrics tals com l'ús d'oxitocina, les instrumentacions en el període expulsiu o el nombre d'intervencions cesàries. Tot i que són molts els mètodes no farmacològics que es poden oferir durant el treball de part, per tal de millorar el confort matern, en aquest apartat revisarem un nombre limitat: el suport emocional continuat al llarg del procés del part, els banys i immersions en aigua calenta, les tècniques cos-ment tals com la relaxació i la hipnosi, i la injecció intradèrmica d'aigua estèril.

**El suport emocional continuat al llarg del procés del part:** Al llarg de la història el moment del part ha suposat un esdeveniment personal important, amb repercussions socials; un moment en el qual molts personatges femenins entraven en acció, no només la llevadora que assistia el part acompanyava la dona, sinó que un nombre considerable d'altres dones: veïnes, familiars, etc., es movien al voltant de la partera. Al llarg del segle XX, l'assistència hospitalària i la medicalització del part han fet que l'escenari social es modifiqués profundament. La dona és separada del seu domicili i del seu entorn, es troba sola,



acompanyada només de professionals, que en moltes ocasions es mostren més preocupats pel progrés del part i el control de la freqüència cardíaca fetal que per l'estat psicològic i emocional de la dona; cap a la fi de la dècada dels setanta els pares començaren a ser admesos com a acompanyants durant el procés de dilatació i l'expulsiu; actualment la presència de la parella a sala de dilatació i a sala de parts s'ha convertit en la norma. A l'inici dels anys vuitanta començaren a aparèixer estudis<sup>665</sup> sobre el suport continuat durant el procés del part. El terme *suport continuat durant el part* es refereix a un seguit de mesures que proporcionen benestar a la dona, sense involucrar cap tipus de pràctica mèdica. El suport continuat en el part inclou: (1) confort físic: massatges, recomanacions i ajudes en canvis de posició, banys i aplicació de calor i fred; (2) suport emocional: presència continuada, missatges d'autoconfiança i encoratjament; (3) orientacions i suport moral per a la parella; (4) informació: recomanacions paramèdiques, explicacions anticipades del procés, explicació dels procediments a efectuar, i (5) facilitació de la comunicació entre la dona i el personal sanitari, per tal d'assistir la dona en la realització d'eleccions informades.

Aquest suport podria ser fet per la parella de la dona o per alguna dona propera a ella; però en ocasions aquestes persones tenen un gran desconeixement de la situació i es troben desorientats; en molts centres la llevadora, o el personal d'infermeria, donen suport continuat a la dona durant el procés, però a causa de la seva responsabilitat professional i a la pressió assistencial,<sup>666</sup> aquests professionals han de prioritzar centrar el seu interès en els aspectes clínics i en la valoració del correcte desenvolupament del curs clínic

---

<sup>665</sup> Entre aquests estudis podem citar: Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction; *N Engl J Med*, 1980(303), pp. 597-600, així com: Klaus, M., Kennell, J., Robertson, S., Sosa, R., Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity; *BMJ*, 1986(293), pp. 585-587.

<sup>666</sup> En el nostre entorn s'especifica que per a una atenció natural al part normal cal que la ratio llevadora-dones en procés de part sigui d'un a un.

del part, abans que en el benestar psicològic i emocional de la dona. En aquest context ha aparegut una nova figura, l'anomenada *doula*.<sup>667</sup>

Alguns estudis científics com el de Simkin i O'Hara<sup>668</sup> conclouen en la seva revisió de la literatura mèdica: que el suport continuat durant el procés del part aporta beneficis obstètrics clars: disminueix la necessitat d'administració d'anestèsia o altres mètodes farmacològics d'alleugeriment del dolor, disminueix el nombre d'instrumentacions vaginals durant l'expulsiu, així com el nombre d'intervencions cesàries i test d'Apgar amb puntuacions baixes en el nadó.<sup>669</sup>

---

<sup>667</sup> La doula és una dona, sense formació sanitària reglada, però amb experiència i coneixement en el procés del part i que té com a única tasca oferir suport físic, psicològic i emocional a la dona durant el procés del part, sense entrar en cap moment en els aspectes sanitaris del procés. Aquesta nova figura que pren la seva denominació de l'accepció grega de doula com a serventa, pot ser considerada com una companya durant el treball de part. Algunes organitzacions nord-americanes ofereixen actualment capacitació per a doules; s'estima que més de 35.000 persones han rebut aquesta capacitació a l'actualitat. En recents enquestes entre dones en edat fèrtil dels Estats Units d'Amèrica s'ha comprovat que entre un 3% a un 5% de les enquestades havien usat aquests serveis. Recentment també s'ha establert una associació de doules al Regne Unit i s'està implementant aquesta figura a altres països com Austràlia, Bermudes, Brasil, Xina, República Txeca, Israel i Sudàfrica.

<sup>668</sup> Simkin, P.P., O'Hara, M., Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic review of five methods; *American Journal of obstetrics & Gynecology*, May, 2000, pp. 131-159. Aquestes autores han efectuat una revisió completa de cinc mètodes no farmacològics per l'alleugeriment del desconfort en el part: L'ofertament de suport psicològic i emocional al llarg del procés del part, els banys amb aigua calenta, els massatges, els moviments materns i canvis de posició i les injeccions intradèrmiques d'aigua estèril

<sup>669</sup> Aquestes autores diferencien però, els models assistencials a Nord Amèrica o a Europa, reconeixent que a Europa l'atenció de les llevadores durant el part és una norma mentre que als centres estudiats dels Estats Units les atencions de la llevadora no hi són incloses; a més mentre que en els Estudis Americans les dones que donaven suport eren doules no professionals; a Europa en la majoria dels estudis el suport era facilitat per llevadores, estudiants de llevadora, i només en alguns casos aquest suport era facilitat per membres familiars o doules no professionals. Les autores conclouen que en el model sanitari dels Estats Units d'Amèrica la presència de doules donant suport continuat al llarg del procés del part s'acompanya de beneficis obstètrics i major satisfacció per part de la dona, la integració d'aquesta nova figura ha de ser acceptada però per part dels metges, llevadores i infermeres dels centres sanitaris, així com per part dels administradors i gestors dels centres i de les companyies asseguradores. En el nostre entorn la presència de

Recentment la Col·laboració Cochrane<sup>670</sup> també ha realitzat una revisió sistemàtica del suport continuat per a les dones durant el part. Els autors han inclòs els resultats de setze assaigs clínics amb 13.391 dones, que s'estudiaren en onze països diferents amb una àmplia varietat de circumstàncies. Els resultats van en la mateixa direcció que els donats prèviament per Simkin i O'Hara; el suport continuat durant el procés de part s'ha associat amb menor demanda d'anestèsia, menys intervencions i instrumentacions durant el període expulsiu del part, un nombre inferior d'intervencions cesàries i una millor satisfacció amb la vivència de l'experiència del part per part de la dona.<sup>671</sup> Els autors conclouen

---

doles comença a ser una pràctica, no gaire estesa, en l'assistència al part. Aquestes figures no sempre són ben rebudes per part dels professionals sanitaris que hi veuen una intromissió en el seu camp professional.

<sup>670</sup> Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Apoyo continuo para las mujeres durante el parto; (Revisión Cochrane traducida), a *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 1, Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (traduïda de *The Cochrane Library*; 2008, Issue I. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd)

<sup>671</sup> *Ídem.*, s'han ofert dues explicacions teòriques complementaries per tal d'explicar els efectes del suport continuat durant el treball de part que justifiquen els resultats. Ambdues explicacions es fonamenten en que el suport durant el treball de part millora la fisiologia del part i els sentiments de competència i control per part de la mare. La primera explicació considera que els entorns hostils, amenaçadors promouen sensació d'impotència. Durant el treball de part les dones poden ser especialment vulnerables a les influències ambientals; l'atenció obstètrica moderna sotmet amb freqüència a les dones a rutines institucionals: taxes altes d'intervencions, personal no conegut, falta de privacitat i altres condicions que poden ser experimentades com especialment dures, aquestes condicions poden tenir efectes adversos sobre el progrés del part i sobre el desenvolupament de sentiments d'autocontrol, competència i confiança, fins i tot s'ha postulat que aquestes condicions poden tenir efectes adversos en l'adaptació a la maternitat/paternitat i al establiment d'una lactància eficaç, a més d'augmentar el risc de depressió post-part. Aquests efectes poden ser amortits, en part, amb el suport continuat. La segona explicació es centra més en aspectes estrictament biològics, en els que el suport milloraria el pas del fetus pel canal del part, doncs es poden promoure millors relacions feto-pèlviques recomanant a les dones que adoptin aquelles postures en que se sentin més còmodes o recomanant postures específiques. Aquest fet ajudaria a la disminució en el nombre d'instrumentacions i intervencions cesàries. A més el temor i l'ansietat materna durant el procés del part s'associa amb secreció d'alts nivells de l'hormona de l'estrès epinefrina en sang, que pot provocar alteracions en la freqüència cardíaca fetal, reducció de la contractibilitat uterina, una fase activa del part més

que el suport continuat durant el part hauria de ser la norma en la pràctica sanitària; aconsellen permetre i animar a totes les dones a tenir persones de suport amb elles de forma continuada durant el treball de part.<sup>672</sup>

Com que el serveis de *doules* són limitats i han de ser finançats per les mateixes usuàries, els autors recomanen que s'estimuli les dones que comprometin algun membre de la família o alguna amiga a que estigui present durant el procés del part i que efectuï aquestes funcions. En aquest sentit s'han elaborat guies i materials de suport per tal d'adoctrinar aquestes persones durant l'embaràs, perquè puguin desenvolupar les seves funcions en el moment del part.<sup>673</sup>

---

prolongada i índex d'Apgar més baixos en els nadons. El suport emocional, la informació i l'assessorament poden reduir aquesta ansietat i temor.

<sup>672</sup> En general, el suport continuat s'ha observat que s'acompanya de millors resultats obstètrics quan es facilita per una persona que no sigui treballadora de la institució en que té lloc el part: La reducció de parts quirúrgiques i l'augment de parts espontànies es produeixen en menor nombre quan les dones que donen suport presenten una capacitació, funció o identitat que impliquin responsabilitats que superen la prestació de suport durant el treball de part (és a dir quan proporcionen suport membres de l'equip sanitari), en comparació amb aquells casos en que el suport es donat per dones que no tenen responsabilitats professionals i que la seva única funció és l'acompanyament de la dona. Els autors no saben donar resposta, científicament contrastada, al motiu d'aquest fet però consideren que la divisió de lleialtats, les responsabilitats addicionals dels personal sanitari, així com les limitacions pròpies del sistema sanitari poden haver influenciat aquests resultats. En molts àmbits assistencials les sales de parts funcionen d'acord amb una filosofia orientada a la detecció del risc i les potencials complicacions i consegüentment dominada per l'atenció tecnològica; es per tant improbable que el personal sanitari pugui oferir, amb el seu suport, avantatges obstètriques si no es produeixen canvis fonamentals en l'organització de les maternitats: Les infermeries i llevadores acostumen a tenir responsabilitats simultànies cap a més d'una dona alhora, passen una part important del seu temps administrant tecnologia i confeccionant registres i comencen i conclouen els seus torns de treball en mig del treball de part de les dones.

<sup>673</sup> L'*Organització Mundial de la Salut* ha elaborat un material didàctic imprès en el si de la *Better Births Initiative* que compren una sèrie de materials didàctics que s'ofereixen en anglès, espanyol, francès i xinès i que es distribueixen de forma gratuïta a països pobres i amb un cost nominal als països rics. Aquest material està disponible a la Reproductive Health Library, es pot consultar a: [www.rhlibrary.com](http://www.rhlibrary.com).

**Els banys durant el procés de part:** La immersió en aigua calenta durant el procés del part esdevé una pràctica relaxant i confortable. Durant la immersió en l'aigua la dona pot sentir-se gairebé ingràvida; aquesta sensació li facilita els canvis posturals i la relaxació, i fa que augmenti la sensació de comoditat. L'escalfor de l'aigua pot induir relaxació muscular i reduir l'ansietat, i disminuir d'aquesta forma la secreció de catecolamines i augmentar la secreció d'endorfines.<sup>674</sup> Alguns autors<sup>675</sup> han associat les immersions en aigua calenta amb treballs de part més curts i amb menys necessitat d'intervencions farmacològiques. Un altre benefici el podem trobar en una millora en l'elasticitat perineal i reducció conseqüent dels esquinçaments i l'ús de l'episiotomia.<sup>676</sup> L'ús d'aigua calenta durant el procés de dilatació ha estat profusament emprat al llarg dels anys, però els costums locals han fet que no s'hagin realitzat estudis comparant la temperatura adequada de l'aigua, la profunditat de les banyeres, l'ús d'aigua sense gasificar o l'ús d'hidromassatge. També s'ha teoritzat i descrit sobre efectes adversos de la immersió durant el treball de part. S'ha suggerit un major risc d'infecció;<sup>677</sup> a més, s'hi acceptem l'efecte relaxant de l'aigua calenta sobre la musculatura uterina, aquest efecte podria augmentar la incidència d'hemorràgia postpart, després de l'expulsió de la placenta.<sup>678</sup> La immersió dins de l'aigua pot associar-se amb canvis en la temperatura corporal materna i aquest canvi pot afectar la temperatura fetal. També s'ha argumentat que les

---

<sup>674</sup> Vid. Ginesi, L., Niescierowicz, R. Neuroendocrinology and birth I: stress; *British Journal of Midwifery*, 1998, 6(10), pp. 659-663.

<sup>675</sup> Vid. Garland, D. J. Waterbirths: supporting practice with clinical audit; *MIDIRS Midwifery Digest*, 2000,10(3), pp. 333-336., o també Geissbuehler, V., Eberhard, J. Waterbirths a comparative study. A prospective study on more than 2000 waterbirths; *Fetal Diagnosis and Therapy*, 2000,15(5), pp.291-300.

<sup>676</sup> Vid. Alderdice, F., Renfrew, M., Marchant, S., Ashurst, H., Hughes, P.M., Berridge, G., et al. Labour and birth in water in England and Wales: survey report; *British Journal of Midwifery*, 1995, 3(7), pp. 376-382.

<sup>677</sup> Vid. Rosevear, S. K, Fox, R., Marlow, N., Stirrat, G. M. Birthing pools and the fetus; *Lancet*, 1993,342, pp.1048-1049.

<sup>678</sup> Vid. Deans, A.C., Steer, P.H., Temperature of pool is important; *BMJ*, 1995, 31, pp: 390-391.

intervencions necessàries en cas d'urgència es poden retardar si la mare té dificultats en sortir de dins la banyera; a més, el personal sanitari (llevadores) poden presentar lesions lumbars a causa de la postura que han d'adoptar per prestar l'atenció necessària. Per tal d'aclarir la qüestió, la Col·laboració Cochrane ha fet una revisió sistemàtica del tema<sup>679</sup> i ha inclòs vuit assajos clínics, de bona qualitat, amb un total de 2.939 dones.<sup>680</sup> La revisió ha posat en evidència que la immersió en aigua durant el treball de part redueix estadísticament i significativament el dolor matern, la necessitat d'anestèsia i la tensió arterial. Els autors posen de manifest que el fet que els assaigs clínics no poden ser cecs degut a la naturalesa de la intervenció no es pot afirmar amb rotunditat que aquest efecte sigui totalment degut a l'acció de la immersió en l'aigua, doncs també podria ser degut a l'ambient en el que es desenvolupa el part i en el que s'ofereix la possibilitat d'immersió. Els autors afirmen que manquen més estudis sobre el tema per tal d'aclarir els efectes de les mides de les banyeres, la temperatura de l'aigua, la duració de les immersions o l'ús d'aigua quieta o aigua en moviment.

En aquest mateix sentit es manifesten Simkin i O'Hara<sup>681</sup> que afirmen que els banys i les immersions durant el treball de part constitueixen una pràctica segura i amb bona acceptació que permet a les dones una millora en l'alleugeriment del dolor i una millor sensació d'autocontrol del procés.<sup>682</sup>

---

<sup>679</sup> Cluett, E.R., Nikodem, V.C., McCandilish, R.E., Burns, E.E., Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto; (Revisión Cochrane traducida), a: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<sup>680</sup> Set d'aquests assajos es relacionaven amb la immersió dins l'aigua durant el període de dilatació i un amb la immersió durant la fase de l'expulsiu.

<sup>681</sup> Simkin, P., O'Hara, M.A., *op. cit.*, p. 148.

<sup>682</sup> Simkin, P., O'Hara, M.A., reconeixen també, que manquen més estudis per tal de saber quina ha de ser la temperatura adequada de l'aigua i el temps aconsellat per a la immersió, per aquest motiu aconsellen mantenir l'aigua a la temperatura corporal de la mare i no fer immersions que superin una o dues hores de durada.

**La relaxació i la hipnosi:** Les intervencions cos-ment com són la relaxació, la meditació, la visualització i la respiració són molt utilitzades durant el treball de part, i són fàcilment accessibles a les dones, ja que aquestes tècniques s'ensenyen durant els cursos d'educació maternal que s'ofereixen durant l'embaràs. Altres tècniques com el ioga, la meditació i la hipnosi no són tan accessibles a les dones; però en el seu conjunt aquestes tècniques poden contribuir a procurar un efecte calmant i distraure el dolor i la tensió, tal com han posat en evidència alguns estudis.<sup>683</sup> Els avenços actuals en neuroimatge han evidenciat i han facilitat la comprensió dels canvis neurofisiològics que tenen lloc a nivell cerebral durant l'anestèsia induïda per hipnosi.<sup>684</sup> Smith, Collins, Cyna i Crowther<sup>685</sup> en una revisió Cochrane sobre teràpies alternatives per a l'alleugeriment del dolor en el part, comprovaren millor satisfacció materna i experiències menys doloroses. A més, cap de les dones sotmeses a la tècnica hipnòtica va presentar depressió en el postpart. Algun dels assaigs inclosos en l'estudi<sup>686</sup> no va poder demostrar, però, diferències estadísticament significatives en relació amb la percepció del dolor entre les dones sotmeses a tècniques cos-ment i les dones del grup control.

---

<sup>683</sup> Vid. Vickers, A., Zolloman, C. ABC of complementary medicine: hypnosis and relaxation therapies; *BMJ*, 1999, 319, pp. 1346–1349.

<sup>684</sup> Mitjançant la tomografia d'emissió de positrons s'ha demostrat que la circumvolució cinglada anterior és un dels llocs cerebrals afectats per la modulació hipnòtica del dolor. La supressió de l'activitat neural entre el còrtex sensorial i el sistema amígdala-límbic sembla inhibir la interpretació emocional de les sensacions que es perceben com a doloroses. Vid. Faymonville, M.,E., Laureys, S., Degueldre, C., Delfiore, G., Luxen, A., Franck, G., et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis; *Anesthesiology*, 2000, 92(5), pp. 1257–1267.

<sup>685</sup> Smith, C. A, Collins, C. T., Cyna, A. M., Crowther, C. A., Complementary and alternative therapies for pain management in labour; *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4. Art. N°: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

<sup>686</sup> Harmon, T. M., Hynan, M. T., Tyre, T. E. Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58(5), pp. 525–530.

**Les injeccions intradèrmiques d'aigua estèril:** Tres quartes parts de les dones experimenten dolor lumbar durant el procés de dilatació del coll de l'úter. Aquest dolor s'atribueix, fonamentalment, a la pressió de la presentació fetal durant el seu descens pel canal del part.<sup>687</sup> Per tal de pal·liar aquest dolor mitjançant tècniques no farmacològiques s'ha suggerit la injecció intradèrmica, en forma de petites pàpules, d'aigua estèril.<sup>688</sup> L'efecte d'aquesta microinjecció dura de 45 minuts a 2 hores, després d'aquest temps es pot tornar a repetir la tècnica. La pàpula que forma la microinjecció desapareix als 20-30 segons; per tal de minvar el dolor causat per la punció s'aconsella aplicar la tècnica durant una contracció o administrar inhalació d'òxid nítrós durant la contracció.

El mecanisme d'acció d'aquesta tècnica no és del tot conegut, però s'ha postulat que es tracta d'una forma de contrairritació, en la qual el dolor d'una part del cos és contrastat pel dolor d'una altra part; una altra hipòtesis suggereix que les injeccions poden causar estimulació dels nervis cutanis i inhibir d'aquesta forma la transmissió nerviosa de la sensació dolorosa. En la revisió de la literatura científica sobre el mètode efectuada per Simkin i O'Hara,<sup>689</sup> les autores conclouen que es tracta d'una tècnica senzilla d'administrar, barata i sense efectes secundaris, excepte el dolor associat al moment de la punció. Aquesta tècnica, però, no disminueix la necessitat d'altres tècniques farmacològiques a posteriori i, per tant, la seva indicació es limitaria a aquells casos en què es

---

<sup>687</sup> Altres factors que s'han relacionat amb les molèsties lumbars són: les posicions asinclítics fetals persistents, les característiques anatòmiques maternes, o la irradiació lumbar del dolor produït per la dilatació del coll de la matriu.

<sup>688</sup> Aquesta tècnica consisteix en l'aplicació de múltiples injeccions de 0,1 a 0,5 ml., d'aigua estèril en la zona lumbar, concretament s'ha suggerit la seva aplicació en quatre zones concretes: la zona superior de cada una de les dues espines ilíiaques, les altres dues injeccions es situaran centralment per sobre i per sota de les dues anteriors. (En la zona anatòmica del romp de Michaelis)

<sup>689</sup> Simkin, P., O'Hara, M.A., *op. cit.*, p 154. En aquesta revisió s'inclogueren quatre assaigs clínics de bona qualitat s'observà que la tècnica era efectiva per a la disminució de la percepció del dolor lumbar durant la fase de dilatació, l'alleugeriment durà entre 45 i 90 minuts i en la majoria dels casos, a posteriori, s'administrà alguna tècnica farmacològica per l'alleujament del dolor.



presenta dolor lumbar intens en un moment en què, a causa de les condicions obstètriques, no es pot administrar anestèsia epidural.

#### **5.4.2. Els mètodes farmacològics per alleujar el dolor en el part**

Els mètodes farmacològics per alleujar el dolor del part presenten una acció més potent que els no farmacològics, però s'acompanyen també d'un nombre major de possibles efectes secundaris que s'han de tenir en compte i controlar per tal de procurar un desenvolupament del treball de part sense complicacions. Entre les tècniques farmacològiques més habituals es poden citar: la inhalació d'òxid nítrós, la injecció parenteral d'opioides i l'analgèsia regional en forma d'epidural.

**La inhalació d'òxid nítrós:** L'òxid nítrós és un gas anestèsic que produeix eufòria, analgèsia i pèrdua de la consciència. El seu ús s'inicià l'any 1881, quan Stanislav kilikovich (Polònia) el va administrar en una concentració del 80% a una dona en treball de part. De tots els gasos anestèsics emprats a la fi del segle XIX, l'òxid nítrós és l'únic que se segueix utilitzant actualment. La seva persistència en el temps és deguda al fet que és difícilment inflamable, no fa pudor, presenta escassa toxicitat i poca depressió del sistema cardiovascular, no afecta la contractabilitat uterina i no produeix hipertèrmia maligna.

L'any 1934 Minnitt, al Regne Unit, ideà un aparell que permetia que fossin les mateixes dones les que s'autoadministrassin el gas anestèsic segons les seves necessitats.<sup>690</sup> S'estima que entre un 50% i un 75% de les dones en treball de part, al Regne Unit, l'usen; a Finlàndia l'usen aproximadament el 60% de les dones en treball de part. També és utilitzat a altres països com Canadà, Austràlia

---

<sup>690</sup> Rosen, M. A., Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review; *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186S, pp. 110-126.

i Nova Zelanda. Actualment es recomana no administrar-lo a concentracions superiors al 50% perquè no causi hipòxia fetal i sempre s'ha d'administrar conjuntament amb oxigen. Actualment es presenta en una preparació en dissolució al 50% amb oxigen (Etonox). L'aparell en què s'administra porta una vàlvula reguladora que només subministra gas quan rep una pressió negativa associada a la inspiració, aquesta facilitat d'ús permet que pugui ser autoadministrat per la pròpia dona sota la supervisió de la infermera o la llevadora.<sup>691</sup> El gas s'administra de forma intermitent, generalment la dona l'inhala durant les contraccions uterines.<sup>692</sup> S'usa al llarg de tot el període de part, és a dir, durant la dilatació i l'expulsiu, o en ocasions s'administra només en les primeres fases del part, abans de l'administració d'una altra anestèsia com pot ser la peridural.

La capacitat de la inhalació d'òxid nítrós per pal·liar el dolor disminueix en fases avançades de la dilatació, el 90% de les dones que l'usen reconeixen que el dolor augmenta i l'anestèsic és menys eficaç conforme el treball de part avança. Rosen<sup>693</sup> reconeix que per a la majoria de les dones estudiades l'ús de l'òxid nítrós presenta millor alleugeriment del dolor que els opioides, però menys que l'anestèsia peridural.

**Administració parenteral d'opioides:** Aquests fàrmacs, alcaloides derivats de l'opi, han estat àmpliament usats en la pràctica obstètrica. El seu mecanisme d'acció es produeix en els receptors opioides que es troben repartits en múltiples teixits corporals, però molt especialment en el sistema nerviós central i perifèric,<sup>694</sup> aquests receptors s'activen habitualment mitjançant substàncies endògenes conegudes com a *endorfines*. Presenten un important efecte analgèsic, però a més aquests fàrmacs són potents narcòtics, és a dir,

---

<sup>691</sup> Existeixen presentacions portatils que permeten que les llevadores els portin al domicili de la dona quan es decideix un part domiciliari.

<sup>692</sup> L'efecte anestèsic es presenta després d'uns 50 segons de la inhalació

<sup>693</sup> Rosen, M. A., *op., cit.*, p. S121.

<sup>694</sup> Lázaro, J. J., Borrás, M., Lailla, J.M., *Analgesia y anestesia en obstetricia, op., cit.*, pp. 333-334.

provoquen somnolència per depressió del sistema nerviós central, que pot conduir a una depressió respiratòria, i és aquesta precisament la principal complicació potencial de la seva utilització. El seu pas a través de la placenta fa que pugui afectar d'igual forma la mare i el fetus. Els opioïdes poden presentar altres efectes secundaris com bradicàrdia i hipotensió (a excepció de la meperidina), miosi, rigidesa muscular, nàusees, vòmits, estrenyiment, retenció urinària, broncoconstricció i pruïja. En obstetrícia aquests fàrmacs s'usen per via parenteral com a analgèsics i narcòtics en períodes inicials del treball de part.

L'opioïde més utilitzat en obstetrícia ha estat la meperidina o petidina, que presenta un gran poder analgèsic amb un lleu poder sedant, la seva via d'administració habitual és la intramuscular i el seu efecte persisteix durant unes quatre hores; el seu pic d'efecte màxim es presenta a les dues hores, i s'ha d'evitar que en aquest període de temps es produeixi la sortida del fetus, ja que podria presentar una depressió del sistema nerviós central que dificultaria la seva adaptació a la vida extrauterina. Actualment el seu ús per aquesta via ha decaïgut, però altres opioïdes com el *fentanil* s'usen conjuntament amb anestèsics locals en l'anestèsia regional (epidural).

**L'analgèsia regional, l'epidural:** L'analgèsia epidural és una tècnica de bloqueig nerviós central que implica la injecció d'un anestèsic local en la regió inferior de la columna lumbar, a prop dels nervis que transmeten els estímuls dolorosos des de l'úter en contracció i el canal del part. Es tracta d'una tècnica especialitzada, i per aquest motiu es requereix un especialista en anestèsia per a la seva realització.<sup>695</sup> Des que l'any 1946 s'inicià l'ús d'aquesta tècnica, la seva

---

<sup>695</sup> Per a la seva administració la dona embarassada s'ha de col·locar en decúbit lateral amb les cames flexionades o asseguda amb l'esquena flexionada. Per arribar a l'espai epidural s'usen agulles especials que permeten a l'anestèsista col·locar el fàrmac en el lloc adient. Habitualment es requereixen de 8 a 10 ml. d'anestèsic per un part normal i de 15 a 20 ml. per una cesària, encara que aquestes dosis es modificaran d'acord amb el pes i la talla de la pacient, actualment s'acostuma a deixar col·locat un catèter en l'espai epidural que permet tornar a injectar noves dosis, i, fins i tot, mantenir una dosi baixa continua mitjançant un sistema connectat a una bomba d'infusió.

popularitat ha augmentat a un ritme constant. Hi ha, però, una considerable variació en la disponibilitat i l'ús d'aquesta tècnica anestèsica entre els diferents països, i fins i tot entre els hospitals d'un mateix país.

L'analgèsia epidural és considerada com un mètode altament eficaç per a l'alleugeriment del dolor durant el treball de part. Permet a la dona participar en el procés del part, ja que no s'afecta la consciència i al mateix temps presenta una supressió total de la sensació dolorosa, no altera la dinàmica uterina si s'administra quan aquesta es troba ben establerta.<sup>696</sup> Hi ha una important variabilitat relacionada amb la tècnica d'aplicació, així com en els diferents tipus de fàrmacs emprats i les dosis administrades; l'elecció del fàrmac i la seva dosificació varia d'una institució a una altra; els protocols sobre les cures que ha de rebre una dona sotmesa a aquesta tècnica també varien entre hospitals. Les solucions epidurals s'administren mitjançant dosis en bolus, infusió contínua o bomba controlada per la pacient.<sup>697, 698</sup>

---

<sup>696</sup> Per aquest motiu s'ha d'administrar quan el coll de la matriu es troba completament esborrat i amb uns tres o quatre centímetres de dilatació. Generalment es produeix una disminució passatgera de la dinàmica uterina que es recupera espontàniament passats uns minuts.

<sup>697</sup> Una tècnica intermitent inclou injeccions d'anestèsic local mitjançant un catèter col·locat en l'espai epidural. Els bolus amb altes concentracions, com els utilitzats en anys anteriors, actualment s'usen menys perquè s'han associat amb un bloqueig motor profund que provoca mobilitat reduïda de la dona, menys to muscular de la pelvis i conseqüent deteriorament dels esforços dels esponderaments en la segona fase del part. Actualment existeix una tendència generalitzada a usar concentracions inferiors d'anestèsic local combinat amb una varietat d'opioides; aquestes combinacions proporcionen un efecte analgèsic, al mateix temps que permeten a la dona algun tipus de funció motora, com la capacitat de moure's durant el treball de part, tanmateix també conserva la capacitat d'empènyer durant el període expulsiu. Vid. Anim-Somuah, M., Smyth, R., Howell, C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto; (Revisión Cochrane traducida), a *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traduida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<sup>698</sup> Encara que l'analgèsia epidural proporcioni un alleugeriment altament eficaç del dolor de part, de vegades també pot produir una analgèsia inadequada degut a una distribució no uniforme de l'anestèsic local; la seva aplicació no es troba desproveïda de potencials complicacions. Entre les complicacions

Un dels aspectes més controvertits en la utilització de l'analgèsia epidural és l'afectació secundària en el curs i desenvolupament del treball de part. S'han informat associacions entre l'analgèsia epidural i la posició inadequada del cap del fetus durant el seu descens en el canal del part, treball de part perllongat, major necessitat d'ús d'oxitòcics i major nombre de parts instrumentats.<sup>699</sup> Alguns estudis han identificat alguns efectes en el nou-nat: major necessitat de reanimació<sup>700</sup> i fins i tot major risc a presentar hipoglucèmia en les primeres hores posteriors al naixement.<sup>701</sup> Per tal d'aclarir aquests dubtes una revisió recent de la Col·laboració Cochrane<sup>702</sup> sobre el tema ha conclòs que l'analgèsia epidural és la tècnica que proporciona un alleugeriment més eficaç del dolor durant el treball de part; el seu ús, però, ocasiona un augment en la duració de la segona etapa del part, fet que s'associa a una major necessitat en l'ús d'oxitocina, també augmenta el risc de part vaginal instrumentat. La duració del període de dilatació també augmenta, tot i que aquest augment no presenta

---

maternes informades es poden citar: la hipotensió arterial; la hipotensió sobtada greu pot ocasionar una disminució clínicament significativa del flux sanguini uteroplacentari, que pot afectar l'oxigenació fetal; per evitar aquesta complicació s'acostumen a administrar líquids per via endovenosa abans d'administrar l'analgèsia epidural. S'han descrit també altres efectes secundaris com la presència de pruíja, somnolència, tremolors i febre; les dones acostumen a presentar retenció urinària durant l'analgèsia epidural, aquesta retenció fa necessari el sondatge vesical intermitent durant el període de dilatació i abans de l'expulsiu. Una complicació poc habitual la constitueix la punció accidental de la dura mater, que pot arribar a comportar cefalea greu, aquesta cefalea sol remetre de forma espontània.

<sup>699</sup> Vid. Eberle, R.L., Norris, M.C. Labour analgesia. A risk-benefit analysis; *Drug Safety*, 1996, 14(4), pp., 239-251.

<sup>700</sup> Vid. Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group UK. Effect of low dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised control trial; *Lancet*, 2001, 358(9275), pp.19-23

<sup>701</sup> Vid. Swanstrom, S., Bratteby, L., E. Metabolic effects of obstetric regional analgesia and of asphyxia in the newborn infant during the first two hours after birth. I. Arterial blood glucose concentrations; *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1981, 70, pp.791-800.

<sup>702</sup> Anim-Somuah, M., Smyth, R., Howell, C., *op., cit.* En aquesta revisió s'incloueren 21 assaigs clínics amb un total de 6664 dones.

significació estadística. L'augment en el total de temps de duració del part no s'ha associat amb repercussions negatives en la salut del nounat.

## 5.5. El monitoratge de la freqüència cardíaca fetal

Fins aquí hem fet un repàs força exhaustiu de totes aquelles pràctiques i tècniques sanitàries d'atenció al part des de la perspectiva de la mare, però com hem anat repetint durant l'atenció sanitària a l'embaràs i el part s'ha de tenir en consideració la díade mare-fetus, per tant el control de l'estat del fetus durant el treball de part esdevé un aspecte important a tenir en compte en l'assistència sanitària al naixement.

El control del batec del cor fetal per valorar el seu benestar és considerada una mesura bàsica en l'assistència sanitària al treball de part. El control de la freqüència cardíaca fetal intrapart pot efectuar-se mitjançant l'auscultació intermitent (amb un estetoscopi de Pinard o amb un monitor ultrasònic portàtil), en aquests casos el professional proveït d'un aparell manual o electrònic s'acosta de forma intermitent a l'abdomen matern i auscultat durant un període de temps (un o més minuts) la freqüència cardíaca fetal. Aquesta auscultació pot fer-se durant una contracció, immediatament després que finalitzi o en el període intracontràctil. No hi ha proves empíriques sobre la freqüència òptima de l'auscultació intermitent del batec fetal, però hi ha un consens en les guies d'organismes professionals que indiquen que el cor fetal s'ha d'auscultar almenys cada quinze minuts durant la dilatació<sup>703</sup> i almenys cada cinc minuts

---

<sup>703</sup> Aquesta auscultació s'ha d'efectuar durant 60 segons i després de la contracció uterina. Vid. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*; Publicaciones SEGO, Madrid, 2007. El Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*; Barcelona, Direcció General de Salut Pública, 2003, recomana que l'auscultació intermitent es pugui realitzar en períodes d'entre quinze i trenta minuts, però en

durant l'expulsiu.<sup>704</sup> L'auscultació intermitent del batec fetal fou el mètode predominant, fins que l'ús de la cardiotocografia (CTG) es féu habitual durant els últims anys del segle XX.

Si es pretén un millor control de l'estat fetal pot efectuar-se l'auscultació de la freqüència cardíaca fetal de forma contínua gràcies al monitoratge electrònic continu. El monitoratge electrònic permet registrar la freqüència cardíaca fetal i també les contraccions uterines maternes en format paper.<sup>705</sup> Aquest dispositiu es coneix amb el nom de *cardiotocografia externa* (CTG), aquest sistema es pot utilitzar de forma contínua al llarg de tot el treball de part o també de forma intermitent efectuant finestres de control, durant uns vint o trenta minuts, que es repeteixen cada hora. En la majoria de casos és necessària la utilització d'unes faixes o cinturons per tal de fixar els transductors a l'abdomen matern, fet que restringeix la llibertat de moviment de la dona durant la dilatació.<sup>706</sup> El registre continuat de la freqüència cardíaca fetal pot realitzar-se també per mètodes

---

una publicació posterior: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, *Protocol per a l'assistència natural al part normal*; Barcelona, Direcció General de Salut Pública, 2007, es reafirma en la necessitat d'efectuar auscultacions cada quinze minuts. En tots tres protocols el mètode intermitent es considera equivalent a la monitorització cardiotocogràfica contínua en períodes de vint minuts cada hora. Aquests protocols d'auscultació es desenvoluparen inicialment en el context d'assaigs clínics i es basaren en el "sentit comú" i no en proves basades en la recerca. Vid. Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G.M.L., *Cardiotocografia continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto*; (Revisión Cochrane traducida), a: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, nº 3, Oxford, Update Software Ltd. Disponible a <http://www.update-software.com>, última modificació 24 de abril de 2006.

<sup>704</sup> El document: *Recomendaciones sobre la asistencia al parto* de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia fa esment que l'auscultació intermitent només es possible quan la dotació de personal permet que hi hagi una llevadora per a cada dona.

<sup>705</sup> Per a fer-ho s'usa un transductor d'ultrasons Doppler per al monitoratge del batec fetal i un transductor de pressió per valorar les contraccions uterines, ambdós vinculats a una màquina de registre.

<sup>706</sup> Actualment existeixen en el mercat aparells que permeten la captació de la senyal del batec fetal a distància (telemetria) i per tant permeten major llibertat de moviment a la mare que no resta obligada a quedar-se inmovil al costat de l'aparell de cardiotocografia.

invasius, aplicant una cardiotocografia interna mitjançant la introducció d'un catèter a la cavitat uterina, que es fixa al cuir cabellut del fetus i un transductor de pressió per mesurar les contraccions uterines, que s'introdueix a l'interior de la cavitat uterina.<sup>707</sup>

Mitjançant el monitoratge dels canvis en la freqüència cardíaca fetal durant el treball de part s'espera identificar aquells fetus que puguin estar en risc, o potencialment en risc, a causa d'una insuficiència d'oxigen (hipòxia). Si la insuficiència d'oxigen és perllongada i greu, els fetus corren el risc de néixer amb una discapacitat (física o mental), o morir durant el treball de part o poc temps després. Quan les alteracions de la freqüència cardíaca del fetus durant el treball de part indiquen que el fetus presenta hipòxia, o té risc de presentar-la, llavors s'acostumen a emprar mètodes addicionals per avaluar el benestar fetal (presa de mostra de sang fetal).<sup>708</sup> De vegades, aquestes alteracions en la freqüència cardíaca del fetus provoquen una ràpida finalització del part mitjançant una cesària o amb una instrumentació mitjançant fòrceps o vàcuum.

### **5.5.1. Opcions per al monitoratge de la freqüència cardíaca fetal. Evidència científica**

Tant l'auscultació intermitent com la CTG proporcionen informació sobre la freqüència cardíaca fetal (normal entre 120 i 160 batecs per minut), sobre les acceleracions (augments transitoris de la freqüència cardíaca fetal) i les

---

<sup>707</sup> Per a la cardiotocografia interna és necessari que prèviament s'hagi produït la ruptura de les membranes àmniques de forma natural o artificial

<sup>708</sup> La mostra de sang fetal s'utilitza per a la determinació de paràmetres bioquímics (determinació de l'equilibri àcid-base). Per prendre aquesta mostra s'ha de fer una petita incisió en el cuir cabellut fetal.



desacceleracions (disminucions transitòries de la freqüència cardíaca fetal);<sup>709</sup> però alguns d'aquests canvis són tan subtils que només es poden observar en el monitoratge continu (CTG).

L'any 1996, Nelson<sup>710</sup> va identificar que algunes anomalies específiques en el patró de la freqüència cardíaca fetal s'associaven a un major risc de paràlisi cerebral, però l'especificitat de la CTG per poder predir la paràlisi cerebral és baixa, amb una alta taxa de falsos positius que pot arribar al 99,8%. Un coneixement més profund de la relació entre les contraccions uterines i les desacceleracions de la freqüència cardíaca fetal permeté el desenvolupament d'algoritmes per tal d'avaluar i detectar les situacions anòmales que requereixen una atenció més acurada o fins i tot l'extracció ràpida del fetus. Però la interpretació del traçat de la CTG pot variar segons el professional i fins i tot pot donar diferents interpretacions en un mateix professional que interpreta el registre en diferents moments.<sup>711</sup>

La cardiotocografia contínua presenta un conjunt d'avantatges en front de l'auscultació intermitent, ja que proporciona un major nombre de paràmetres quantificables; a més, facilita un registre físic, en paper, que pot ser analitzat en qualsevol moment del treball de part o fins i tot després d'aquest, si és considera necessari.<sup>712</sup> La CTG presentà, però, també un nombre considerable d'inconvenients importants: la complexitat dels traçats dificulta l'estandardització de les interpretacions, la CTG impedeix la mobilitat de les dones durant el treball

---

<sup>709</sup>Se sap que alguns aspectes del treball de part ocasionen alteracions naturals en els patrons de la freqüència cardíaca fetal. Per exemple, el patró de repòs del fetus és diferent del patró que es presenta quan el fetus està despert. Els estímuls externs, com les contraccions uterines i els moviments de la mare poden ocasionar canvis en la freqüència en el batec fetal; l'administració de medicaments opioides a la mare també ocasionen canvis.

<sup>710</sup> Nelson, K. B., Dambrosia, J. M., Ting, T. Y., Grether, J.,K. Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy; *New England Journal of Medicine*, 1996, 334, pp. 613-618.

<sup>711</sup> Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G.M.L., *op., cit.*, p. 4.

<sup>712</sup> Una anàlisi dels registres de la CTG després del treball de part pot ser útil per a auditories clíniques, assessorament dels pares que han tingut resultats adversos i en situacions mèdico-legals.

de part, a més restringeix l'ús de massatges, posicions diferents o immersió dins de l'aigua, totes aquestes estratègies útils per alleujar el dolor en el part, a més canvia el centre d'atenció, tant del personal sanitari com fins i tot dels pares, i converteix l'aparell de registre en el centre d'atenció. A més, facilita l'extensió de la falsa creença que és possible evitar la presència de qualsevol complicació neurològica en el fetus.

Actualment, la CTG es recomana per a aquelles dones que presenten un part classificat com de risc elevat, en els parts prematurs i en els geminats, però les recomanacions es fan més difícils en els parts de baix risc. Si fem un repàs dels protocols d'atenció podem trobar: en el Protocol per a l'assistència natural al part normal del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, així com en el document *Iniciativa Parto Normal* de la *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) es recomana que sigui la pròpia dona qui triï el tipus de monitoratge de la freqüència cardíaca fetal que desitja i que així ho faci constar en el Pla de naixement, que cal elaborar durant l'embaràs i abans de l'inici del part.<sup>713</sup> En el *Protocol d'assistència al part normal* de la SEGO s'afirma que el monitoratge fetal, en fetus amb patrons reactius, es pot realitzar mitjançant monitoratge electrònic continu en períodes de 20 minuts cada hora, o pot fer-se també de forma intermitent cada 15 minuts, durant 60 segons després de la contracció; aquest control intermitent només s'accepta si es pot disposar d'una llevadora per part. El monitoratge serà continu si s'aplica anestèsia epidural o s'estimulen les contraccions uterines amb oxitocina.<sup>714, 715</sup>

---

<sup>713</sup> Del pla de naixement, la seva elaboració i les condicions per a la seva implantació se'n farà esment més endavant

<sup>714</sup> La monitorització també serà continua quan apareixin dades d'alarma (alteracions de la freqüència cardíaca fetal, anomalies de la dinàmica uterina, líquid amniòtic tenyit de meconi, febre intrapart, etc). Vid. SEGO, *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*.

<sup>715</sup> En el document *Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de Salud* del Observatorio de Salud de la Mujer es fa esment a la realització d'un monitoratge i control del benestar adequat a les recomanacions de la OMS, però no fa esment de quina ha de ser l'estratègia quan s'administra anestèsia

## **5.6. La demanda d'una atenció no medicalitzada al part normal.**

### **Aspectes ètics**

Com hem esmentat, des de fa un temps, hi ha una certa demanda social formulada per part d'algunes dones i les seves parelles de disposar d'una assistència respectuosa amb la fisiologia i desenvolupament del part normal, aquestes demandes tenen en comú aconseguir un part tant fisiològic com es pugui en l'assistència del qual s'evitin les intervencions sanitàries innecessàries.

La millora en els resultats perinatals aconseguida en els països occidentals, durant les últimes dècades, ha comportat, com ja hem explicat, una medicalització i un intervencionisme hospitalari, que actualment es comença a considerar excessiu. No tan sols els usuaris han reaccionat davant aquesta situació, alguns professionals de la salut han considerat que calia replantejar la situació.

Davant aquesta nova situació s'ha generat una resposta institucional que ha pres posició davant la gran variabilitat en l'atenció al part normal. Ja durant els anys 2006 i 2007 s'ha dedicat part dels fons destinats a estratègies de salut i polítiques de cohesió a implantar noves estratègies en l'atenció al part. Des de les diferents comunitats autònomes s'endegaren accions relacionades amb la formació de professionals, l'elaboració i adopció de nous protocols basats en l'evidència científica per a millorar l'atenció al part, la posada en funcionament d'iniciatives que fomentin l'alletament matern, la participació dels pares i l'atenció multicultural. En total a Espanya s'han destinat més de quatre milions d'euros a aquests objectius.<sup>716</sup>

En aquest nou context s'inclou com a eix vertebrador fonamental de la qualitat assistencial permetre a les dones gestants i a les seves parelles triar els

---

epidural. Tampoc es fa esment a l'estratègia de monitorització de la freqüència cardíaca fetal en cas d'administració d'oxitocina o trencament artificial de la bossa amniòtica.

<sup>716</sup> Observatorio de Salud de la Mujer, *op., cit.*, p. 8.

procediments que creguin més adients, respectant la seva intimitat. Un dels objectius bàsics i fonamentals en les noves estratègies inclou la major participació de les dones usuàries en la presa de decisions. L'accés a la informació sanitària és un dret recolzat pel marc legal vigent. La Llei 41/2002 d'autonomia del pacient reconeix que la informació ha de ser: a) completa, prenent en consideració les raons, els beneficis, els riscos i els resultats; b) oportuna a les necessitats de les dones; c) comprensible en relació amb el llenguatge i al moment en què es dóna la informació, i d) disponible en el format adequat.

En aquest sentit s'han elaborat documents per tal de recollir les eleccions informades de les dones en matèria d'atenció al part i per tal d'assegurar la possibilitat d'accés a una assistència no medicalitzada. Aquests documents s'han anomenat *plans de naixement*.

Un exemple de "Pla de naixement" el trobem en el Protocol per a l'assistència natural al part normal del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*. En aquest protocol podem llegir:<sup>717</sup>

«El Pla de naixement és un document que s'ha de facilitar a la dona en la visita de control prenatal, al voltant de les 32 setmanes d'embaràs. La dona se'l pot endur i emplenar-lo a casa amb la seva parella o família. Aquest model ha de ser la base perquè cada territori (PASSIR-hospital maternoinfantil) hi faci el seu, adaptat a les característiques específiques de cada centre. En el moment de triar les opcions d'aquest document, s'ha de valorar acuradament què cal conèixer prèviament, i tenir en compte l'oferta real de cadascun dels hospitals públics de Catalunya.

La dona pot senyalar tantes opcions com desitgi segons les expectatives que tingui del part. A la visita següent, pot portar el

---

<sup>717</sup> Departament de Salut Generalitat de Catalunya, *Protocol per a l'assistència natural al part normal*; p. 25.

document a la llevadora del CAP, a la qual podrà demanar informació sobre alguns aspectes, en altres casos, el pot portar directament a l'hospital».

En el document proposat la dona expressa les seves preferències relacionades amb: *a)* qui vol que l'acompanyi al llarg del procés del part, *b)* l'espai físic: tipus de sala de dilatació i tipus de sala de parts (convencional, confortable amb decoració similar a una llar, decoració com una àrea quirúrgica, possibilitat d'escoltar música...), *c)* procediments rutinaris que no cal aplicar de forma sistemàtica (ènema de neteja, rasurat púbic, deambulació, ingesta de líquids...), *d)* el monitoratge fetal: continu, periòdic o només auscultació (en aquest apartat es fa constar que aquesta preferència es respectarà sempre que sigui possible), *e)* el mètode d'alleugeriment del dolor: relaxació, tècniques de respiració, massatge, tècniques d'estimulació transcutània dels nervis, epidural (tan aviat com sigui possible), possibilitat de decidir en el mateix moment... *f)* disponibilitat de material d'ajuda a la dilatació (banyeres, pilotes, miralls...), *g)* mantenir la bossa de les aigües íntegra i no voler amniorrèxis artificial, *h)* el moment de l'expulsió (adopció de diferents postures, iniciar els esponderaments quan en tingui ganes, o quan els professionals ho indiquin, moment de lligar el cordó umbilical...). Finalment, el document fa referència a les preferències per a després del part i per a l'alletament.

L'emplenament acurat, després d'una adequada comprensió, d'aquest document garanteix l'elecció informada de la dona en relació amb el seu part, però assolir el nivell de coneixement necessari no esdevé una qüestió senzilla. A tots els aspectes esmentats en capítols anteriors, relacionats amb la informació, comprensió i presa de decisions relacionades amb els aspectes propis de la gestació cal afegir ara la informació, comprensió i decisió informada relacionada amb les preferències en l'assistència al part.

El procés d'elecció informada i conseqüent presa de decisions esdevé fonamental en omplir el Pla de naixement; és fàcil d'imaginar situacions

complexes si aquest document s'emplena sense que la dona hagi aconseguit un correcte coneixement i comprensió del procés fisiològic del treball de part. Així, per exemple, una dona pot escollir auscultació intermitent per al monitoratge del batec fetal i epidural, tan aviat com sigui possible, com a mètode d'alleugeriment del dolor. Aquestes dues opcions són incompatibles d'acord amb les recomanacions de la *Sociedad Española de Ginecología i Obstetrícia* per a l'assistència en el part normal que, com hem vist, indica monitoratge continu després d'aplicar l'analgèsia epidural. Altres de les opcions disponibles presenten dificultats si no es té un ampli coneixement tècnic del desenvolupament fisiològic del procés del part, un exemple el trobem en la decisió relacionada amb el moment i la forma d'inici dels esponderaments; i, finalment, remarcar també que sense una bona comprensió del que significa el document i el procés d'elecció informada emplenar el document pot generar confusió i fins i tot frustració en crear unes expectatives que no es corresponen amb la realitat. Així, en el cas de la realització de l'episiotomia,<sup>718</sup> la bona praxis professional indica que no s'ha de realitzar de forma indiscriminada, sinó només en cas que el professional ho consideri necessari, per tant, incloure aquest ítem com una possibilitat d'elecció pot generar desconfiança cap als professionals i

---

<sup>718</sup> Segons la OMS (1996), l'ús indiscriminat d'episiotomies presente efectes perjudicials i, per tant s'aconsella el seu ús restringit en el part normal. Vid. Organización Mundial de la Salud, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*; Grupo técnico de trabajo de la OMS, Departamento de investigación y Salud reproductiva, Ginebra, OMS, 1996. Una revisió de la col.laboració Cochrane de l'any 2005 també s'afirma que l'ús restrictiu de l'episiotomia s'associa a una menor morbiditat incloent els traumatismes perineals posteriors, la necessitat de sutura i les possibles complicacions en la cicatrització durant els set primers dies. No s'observaren diferències estadísticament significatives en relació als traumatismes vaginals o perineals greus, el dolor, la dispareunia o la incontinència urinaria. Vid. Carroli, G., Belizán, J., *Episiotomía en el parto vaginal*; (revisión Cochrane traducida), a la Biblioteca Cochrane Plus, 2005, número 4, Oxford, Update Software.

frustració en cas que una dona hagi escollit que no vol aquesta incisió i el professional la consideri necessària, i per tant la realitzi.<sup>719</sup>

Aquests són només alguns exemples per fer-nos prendre consciència de la importància d'una interpretació correcta del principi d'autonomia en les decisions relacionades amb el Pla de naixement. En el document *Estratègia de atenció al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* s'especifica que:<sup>720</sup>

«La participació de les dones en la presa de decisions constitueix un principi d'autonomia que implica la presa de decisions conjunta mitjançant un procés en el qual usuària i professional comparteixen informació, participen en la decisió i acorden un pla d'acció determinat. Pretén abandonar el clàssic model paternalista en la relació metge-pacient i adoptar un nou model d'aliança, consens i responsabilitat compartida. Implica passar de l'acatament i dependència passives, a la cooperació i participació activa en temes de salut».

---

<sup>719</sup> Evidentment, el professional ha d'informar i sol·licitar autorització a la dona abans de realitzar-la, doncs qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament d'acord amb la *Llei 41/2002*, de 14 de novembre i la *Llei 21/2000*, que fan referència als drets d'informació pel que fa a la salut i a l'autonomia del pacient, però donat que el procés no es pot dilatar en el temps i establir un procés de deliberació amb la dona en el moment de l'expulsiu, llavors cal que aquesta deliberació s'hagi fet durant l'embaràs i que la dona hagi comprés que la valoració de la necessitat d'algunes pràctiques obstètriques les ha de fer el professional sanitari encarregat de l'atenció al part. Per tal que no es donin conflictes en aquest moment és fonamental que existeixi una relació de confiança entre dones i professionals.

<sup>720</sup> Observatorio de Salud de la Mujer., *op. cit.*, p. 34-35 “La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual, usuaria y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado. Pretende abandonar el clásico modelo paternalista en la relación médico-paciente y adoptar un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida. Implica pasar del acatamiento y dependencia pasiva, a la cooperación y participación activa en temas de salud”

Per tal que aquest nou model sigui una realitat, en el mateix document es fa esment als elements involucrats en el procés de presa de decisions compartides, com són: a) **Informació** basada en evidències documentades en relació amb l'efectivitat, beneficis i riscos de les opcions que s'ofereixen i, a més, adequada a cada cas; b) **Incorporació de les preferències de les usuàries** basada en les seves creences, temors, hàbits i experiències prèvies; incloure les preferències de les usuàries implica enfrontar-se a la inseguretats en relació amb les opcions, així com respectar el dret a no ser informada; c) **Consens i presa de decisió conjunta**, creant un espai participatiu de diàleg per tal de poder decidir un curs preferent d'acció i, finalment, d) **Corresponsabilitat i elaboració d'un pla d'acció**, en què la usuària assumeixi la responsabilitat de la seva elecció i dels resultats que aquesta pugui comportar.

Aquest model pretén una incorporació activa de la usuària en la presa de decisions i reconeix que si bé la incorporació a la pràctica mèdica del consentiment informat constituï un avenç important, no és suficient per tal d'involucrar la usuària en les decisions. La conformitat lliure, voluntària i conscient després de rebre la informació adequada s'utilitza habitualment com a instrument jurídic, però no garanteix la participació activa de les usuàries en la presa de decisions.<sup>721</sup>

Cal que les decisions es duguin a terme en el marc d'un espai de deliberació que permeti l'establiment d'un curs preferent d'acció, en el qual tant les dones com els professionals es comprometin. En aquest compromís la dona, com a protagonista del procés d'embaràs i part, ha d'assumir la responsabilitat de les seves eleccions informades i dels seus resultats, però perquè aquesta assumpció de responsabilitat sigui possible, cal que el professional sanitari adopti un rol deliberatiu i es comprometin en un diàleg i una relació d'ajuda en la presa de decisions que permeti una cooperació en la delimitació del curs d'acció escollit. Esdevé fonamental aprofundir en el model de relació assistencial i en

---

<sup>721</sup> *Íbid.*, p. 35.



l'assoliment de competències comunicatives per part dels professionals sanitaris implicats en l'atenció al procés procreatiu.



## **III Tercera part**

El context per a unes eleccions responsables



## 1. La relació assistencial en el context de l'atenció sanitària al naixement

Si tal com hem afirmat l'assistència sanitària al naixement ha deixat de banda els aspectes més humans de la relació sanitària amb la finalitat de concentrar-se en aquells aspectes més racionals i instrumentals que focalitzen la millora dels resultats en termes de mortalitat i morbiditat; podem afirmar que un cop aconseguit l'èxit en aquests resultats,<sup>722</sup> ara es converteix en fonamental afrontar l'assistència sanitària al naixement des d'una perspectiva àmplia i integradora que sense abandonar aquests aspectes tingui en consideració tot allò relacionat amb la individualitat i la subjectivitat: cal considerar la dona, en el seu procés reproductor, com alguna cosa més que un úter gestant. La persona que acudeix al sistema sanitari no es pot reduir als òrgans dels quals ha de preocupar-se la medicina; la persona ha de ser considerada com algú que necessita una atenció integral i que necessita que el sistema i els professionals en tinguin cura com a unitat harmònica i compacta que transcendeix la suma de les seves parts.

L'atenció a embaràs i naixement s'ha formulat al voltant de l'elaboració de protocols i normes d'actuació que assegurin una atenció de qualitat en vista a

---

<sup>722</sup> Aquesta afirmació la podem fer en referència als països occidentals on en aquests moments les xifres de mortalitat materno infantil han assolit nivell extremadament baixos, aquesta afirmació però no es pot traslladar als països pobres on el nombre de dones que moren a conseqüència de l'embaràs, el part o el puerperi és extremadament alt.

obtenir bons resultats obstètrics; els sanitaris són formats professionalment per tal de poder esdevenir competents en l'aplicació detallada d'aquests protocols, i l'aplicació rigorosa de totes les tècniques i procediments que aquests protocols especifiquen. En aquest context, les dones són dividides i classificades en nivells de risc segons les probabilitats a priori de presentar complicacions i resultats adversos. El conjunt de dones i mares es classifiquen i divideixen en tres o quatre grups atenent el seu nivell de risc i se'ls dispensa un tipus d'atenció altament estandarditzada. En aquesta forma d'atenció, de vegades, es perd de vista la individualitat i la subjectivitat de cada una de les maternitats. És en la formació dels futurs professionals, així com en la formació continuada dels professionals en actiu on es pot fer èmfasi per tal que la relació assistencial amplii el seu punt de mira.

Comprendre la subjectivitat de cada una de les dones en el decurs de la seva maternitat es concreta en el camp assistencial a *tenir cura*. L'exercici de tenir cura de l'altre forma part de la vida humana des dels seus orígens. En l'inici de la història de la humanitat, en les precàries condicions en què la vida es desenvolupava, la supervivència no era gens fàcil. Per tal d'assegurar-la era imprescindible *tenir cura*; entre aquestes *cures* habituals s'inclouïa l'atenció al naixement, als nens en la seva infantesa, i totes aquelles cures indispensables per al conjunt dels vius.

«Assegurar la supervivència era —i segueix sent— un fet quotidià, d'aquí que una de les més antigues expressions de la història del món: tenir cura de. Era necessari tenir cura de les dones durant el part, tenir cura dels nens, tenir cura dels vius, però també dels morts».<sup>723</sup>

---

<sup>723</sup> Colliere, F., *Promover la vida*; Madrid, McGraw-Hill/Interamericana en España, 1993. p. 7: “Asegurar la supervivencia era – y sigue siendo- un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: cuidar de. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos”.

En el context de la tasca reproductora, el naixement dels fills esdevé un moment central, caracteritzat per una fragilitat i vulnerabilitat especial. Aquest moment ha necessitat tradicionalment de cures i atencions. L'atenció i les cures que es proporcionen a la dona durant el procés del part es varen assignar en exclusivitat a l'esfera femenina, i així es mantingueren, com hem vist amb anterioritat, durant molts segles. Les llevadores, proveïdes de coneixements empírics i més tard instruïdes amb capacitació professional, tingueren cura de l'atenció al naixement. L'atenció al naixement formà part de les cures presents en la vida quotidiana, aquelles que eren imprescindibles per al manteniment de la vida; la pràctica mèdica, centrada en la lluita i superació de la malaltia i la mort, no se n'ocupà de forma especial, a excepció d'aquells casos especialment complicats. Com hem vist, la inclusió de l'atenció a la maternitat en el camp de la medicina deixà de banda els aspectes de tenir cura i se centrà en la lluita contra la patologia i la mort.

A l'inici de segle XXI, en els països desenvolupats d'Occident, per tal de no perdre res d'allò aconseguit en el procés de racionalització de l'assistència sanitària al naixement i poder compatibilitzar-ho amb una relació assistencial més humanitzada i atenta a la dignitat i subjectivitat individual és imprescindible abordar el reconeixement de l'altre, entenent i identificant les seves necessitats. L'ésser humà constitueix una realitat polièdrica, ambivalent i pluridimensional; la tasca d'atenció sanitària ha de tenir en compte aquesta complexitat i, per tant, ha de preveure l'atenció des d'una vessant holística.

L'atenció a la salut en general i a la salut procreativa en particular ha de tenir en compte competències tècniques i competències professionals, és a dir, coneixements idonis de la mateixa professió sanitària, però també és fonamental un profund coneixement de la *humanitas* de l'ésser humà a diferents nivells, no només en l'ordre somàtic i fisiològic, sinó també considerant totes les múltiples

dimensions de l'individu: la psicològica, la social i l'espiritual.<sup>724</sup> La cura esdevé una tasca fonamental de l'atenció sanitària. Tenir cura d'una persona en tota la seva integritat suposa un esforç i un canvi de paradigma intel·lectual i pràctic respecte el model biologista preponderant.<sup>725</sup>

En aquests moments les pretensions de canvi recollides en els nous documents que emanen de les institucions gestores de l'atenció sanitària s'han de concretar en el marc de la clínica diària, en la qual els professionals i les dones es troben en el context quotidià. Però el marc assistencial difereix del marc institucional en el qual es redacten documents i recomanacions.

Les recomanacions recollides en les diferents guies d'orientació clínica es refereixen al conjunt de les dones, defineixen la maternitat en un model ideal, que no s'ajusta a cap dona en concret. Són els professionals implicats, i molt especialment les llevadores, com a professionals especialistes en l'assistència al procés fisiològic, les que han de concretar les pretensions d'aquests documents adaptant-los a cada dona i a cada procés assistencial, és a dir, cal una contextualització de les normes abstractes per tal de fer-les aptes i operatives a cada situació particular.

Per als professionals això no resulta una tasca senzilla, per tal que la seva consecució tingui èxit cal que la pressió assistencial permeti dedicar el temps suficient a cada usuària, però tanmateix també cal que els professionals desenvolupin un canvi en la perspectiva de la relació assistencial, en la qual prevegin la usuària com a eix central i vertebrador de la relació.

---

<sup>724</sup> Torralba, F., *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*; Madrid, Editorial MAPFRE, 2002, pròleg.

<sup>725</sup> *Ídem*.



## 1.1. El reconeixement del principi d'autonomia

La relació professional entre metge/professional sanitari i pacient deriva del model clàssic iniciat per la medicina hipocràtica; aquesta relació es fonamentà en un model d'atenció paternalista.<sup>726</sup> L'ètica grega clàssica unificava en un sol caràcter salut i moralitat; en efecte, el malalt no podia tenir capacitat de decisió, ja que la pròpia malaltia li ofuscava l'enteniment. Aquesta forma de pensar justificava l'actitud paternalista dels professionals sanitaris,<sup>727</sup> que prenen les decisions d'acord amb el principi de beneficència, és a dir procurant allò que consideraven que era el millor per al malalt des del punt de vista de la ciència mèdica. Aquesta forma de pensar i actuar es mantingué en l'àmbit medicosanitari al llarg dels anys.

Aquest pensament inicià un procés de reformulació i modificació amb l'arribada de la Il·lustració; quan s'inicià la formulació dels drets fonamentals de la persona. A l'Europa il·lustrada es produïren un seguit de canvis que s'iniciaren en l'esfera política i social, i que necessitaren del transcurs de dos segles per tal d'arribar a l'àmbit de les relacions personals, i per tant també a l'esfera de la sanitat i les relacions assistencials. Efectivament, les transformacions polítiques i jurídiques de l'època moderna promogueren importants canvis en el pensament occidental que propiciaren l'acceptació i reconeixement de la vida humana individual. Foren fonamentals en aquest canvi de mentalitat la Revolució Francesa en la vessant política i les idees de Rousseau (1712-1778) i de Kant (1724-1804) des de la perspectiva filosòfica. Fou Kant qui afirmà que la dignitat humana resideix en la facultat d'autoaplicació de la llei moral (autonomia).<sup>728</sup>

---

<sup>726</sup> Boladeras, M., *op., cit.*, p. 224.

<sup>727</sup> Especialment els metges, no sabem si les llevadores actuaven de la mateixa forma en l'assistència al part, però com hem anat comentant a la primera part, les decisions estrictament sanitàries eren preses per la llevadora, i en la resta de casos, el protagonista era el pare de família que ostentava l'autoritat dins la llar i que fins i tot decidia si acceptava el fill o l'exposava quan creia que criar-lo no era convenient.

<sup>728</sup> Valls, R., *op., cit.*, p. 100.

Sens dubte, Kant coneixia bé l'obra de Rousseau *El contrato social* (1762) i havia reflexionat sobre les idees expressades en el text referides a l'origen lliure i igual de totes les persones. Les paraules de Rousseau foren recollides en la Declaració dels Drets de l'Home i del Ciutadà proclamada a París l'any 1789, aquesta Declaració inspirà de forma directa la Constitució francesa de 1791. En aquest moment s'inicià el camí de la nova estructura política i social que culminarà en la consolidació de l'estat de dret democràtic lliberal i amb el reconeixement de les llibertats individuals, posteriorment i mitjançant les lluites socials, s'arribà a l'estat de dret democràtic i social en el qual es reconeixen les llibertats i els drets socials dels ciutadans.<sup>729</sup>

En la Declaració dels Drets de l'Home de 1789 es proclamava que l'atribut més genèric i fonamental de l'ésser humà és el principi d'autonomia, entès com la llibertat de realitzar qualsevol conducta que no perjudiqui a tercers. Totes aquestes idees del pensament de la Modernitat ocasionaren la fi del paternalisme sociopolític i inauguraren una nova forma d'entendre les relacions entre els ciutadans; el consentiment dels ciutadans constituïa la base legitimadora del poder polític. L'antic poder monàrquic era interpretat com un paternalisme polític que no era admissible en els nous temps, però aquests canvis que es produïen en l'àmbit públic i polític no entraren encara en la pràctica mèdica. El model de relació entre el metge i el malalt seguia ancorat en l'ètica naturalista grega dels metges hipocràtics i en el paternalisme més tradicional.<sup>730</sup>

---

<sup>729</sup> Aquest canvi en el pensament polític no només es produí a França. Anteriorment, els americans que habitaven els territoris colonials del gran Imperi Britànic havien proclamat la seva emancipació de la corona britànica, amb ajuda de les idees il·lustrades. La Declaració de Virgínia de 12 de juny de 1776, fou el primer pas per a la posterior declaració d'independència dels estats Units d'Amèrica proclamada el mateix any.

<sup>730</sup> No sabem amb seguretat quin era el model de relació entre les llevadores i les dones en aquest moment. Segons el que hem anat exposant en capítols anteriors coneixem que Louise Bourgeois aconsellava tractaments personalitzats adaptats a les peculiaritats de cada dona, però no sabem quin era el model de relació que establia amb les usuàries; tanmateix en l'obra de François Mauriceau hem descobert una

Aquest desfasament entre la realitat sociopolítica i moral, i la realitat de la pràctica clínica pot semblar difícil d'explicar. Simon-Lorda (2000)<sup>731</sup> atribueix aquesta manca de sintonia al diferent ritme que adoptaren les transformacions en l'àmbit públic en relació amb allò que succeïa en l'àmbit privat. La vida privada com a tal fou, en realitat, una conquesta de la Modernitat.. Tancar fermament les finestres de la llar significà que tots els canvis que esdevenien en l'àmbit públic no penetraren a l'àmbit privat. La relació metge-malalt es configurà com una típica relació privada, similar a aquella que tenia lloc a l'interior dels domicilis en el si de les relacions familiars, en les quals es reproduïen les típiques relacions patriarcals que l'àmbit públic havia deixat enrere: el metge assumia el paper del pare omnipotent i omniprotector; la infermera el de la mare submissa i amorosa, mentre que el malalt quedava relegat al paper del nen obedient i dependent.<sup>732</sup>

Fou als Estats Units, on a l'inici del segle XX, els ciutadans començaren a demanar als seus metges que se'ls tingués en compte com a éssers autònoms. Davant la manca de resposta de la classe mèdica usaren els instruments que la societat democràtica havia posat en funcionament per tal de defensar aquests principis: els tribunals de justícia. La història del reconeixement de l'autonomia del malalt i la seva expressió en el consentiment informat s'inicià als Estats Units i adoptà una forma judicial. La primera sentència judicial que afirmà l'autonomia del malalt es refereix a un cas ginecològic; es tracta del contenciós Pratt v. Davis, i la sentència es promulgà l'any 1906. En aquest cas el metge practicà una histerectomia a una pacient sense haver obtingut prèviament el seu consentiment. L'advocat defensor del metge plantejà que «la mateixa professió confereix als metges i cirurgians llicència implícita per tal de fer tot allò que en el

---

preocupació ètica i un posicionament clar davant de l'anomenat "conflicte materno-fetal". Tot i que el principi d'autonomia del pacient, tal i com l'entenem actualment, no s'havia formulat podem detectar indicis d'aquesta nova forma de pensar les relacions professional sanitari-usuària en alguns dels professionals del segle XVII i XVIII.

<sup>731</sup> Simon, P., *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*; 2000, Madrid, Triacastela, p. 42.

<sup>732</sup> *Ídem*.

desenvolupament de la seva praxis consideren necessari». <sup>733</sup> Però el tribunal rebutjà aquest argument i limità l'acceptació del consentiment implícit a aquells casos d'urgència, i a aquells casos en què el pacient amb coneixement de causa, conscient i lliurement, deixa en mans del metge la presa de decisions. Altres sentències similars es produïren a l'inici del segle XX; a poc a poc anà emergint una certa opinió referent a la necessitat de tenir en compte el consentiment del pacient, amb el temps aquesta necessitat de consentiment s'anà vinculant a la idea de la necessitat d'informació prèvia.

Com hem esmentat, l'inici de la història del reconeixement de l'autonomia del pacient hem de buscar-lo als Estats units d'Amèrica i adoptà un model de desenvolupament fonamentalment judicial; per tal de poder circumscriure el reconeixement de l'autonomia a l'àmbit de l'ètica ens cal desplaçar-nos al continent europeu. És necessari recordar aquí les condicions inhumanes de les experimentacions científiques que tingueren lloc durant el III Reich alemany. Un cop finalitzada la Segona Guerra Mundial, i com a conseqüència dels judicis de Núremberg contra els metges nazis, pels crims contra la humanitat perpetrats contra els presoners dels camps de concentració, es proclamà l'any 1947 el primer codi internacional d'ètica de la recerca: el Codi de Núremberg.<sup>734</sup> En aquest codi es reclamà el respecte a l'autonomia i la dignitat de les persones en qualsevol circumstància. El Codi de Núremberg posava el seu èmfasi en el consentiment voluntari i en el fet que aquest es produís amb les garanties necessàries: bona informació, absència de coacció o engany i condicions objectives de llibertat d'elecció; tanmateix, en el Codi de Núremberg el principi d'autonomia individual no apareix encara formulat amb prou claredat.<sup>735</sup> Aquella

---

<sup>733</sup> *Íbid.*, p. 51. “la propia profesión confiere a médicos i cirujanos licencia implícita para realizar todo aquello que en el desarrollo de su praxis consideren necesario.”

<sup>734</sup> Per a un coneixement més ampli es pot consultar Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 17-47.

<sup>735</sup> La sensibilització que produí la discussió i el judici dels fets condemnats a Núremberg evidenciaren la necessitat de vetllar de forma especial per la garantia del dret a l'autonomia de les persones no tant sols en l'àmbit de l'experimentació. Tota activitat humana, i de forma molt particular en aquelles professions en les

experiència històrica suposà un toc d'alerta sobre la fragilitat humana i la insensibilitat d'alguns professionals en relació a tercers.<sup>736</sup>

Tot i la sensibilització produïda, l'aplicació pràctica dels principis continguts en el Codi fou mínima; se l'associava amb els fets excepcionals de la Segona Guerra Mundial i no tant amb els afers biomèdics de la vida quotidiana. Però a final de 1961 el coneixement dels devastadors efectes de la talidomida féu saltar tots els senyals d'alarma.<sup>737</sup> Se sentí la necessitat d'actualitzar les normes deontològiques professionals fent-les més explícites als requisits de la qualitat professional; l'any 1964 l'Assemblea Mèdica Mundial aprovà un document que duia per títol *Recomanacions per als metges dedicats a la investigació biomèdica*, coneguda també com a Declaració d'Hèlsinki.<sup>738</sup>

El document definitiu en el reconeixement de l'autonomia individual i en la necessitat del consentiment informat fou l'Informe Belmont que pot ser considerat com el document fundacional de la bioètica principialista. L'Informe Belmont<sup>739</sup> es presentà com a resultat del treball de la *National Commission for the Protection*

---

que està en joc la salut i el patiment dels éssers humans, s'havia de tenir en compte el respecte de l'autonomia de la persona.

<sup>736</sup> L'Associació Mèdica Mundial realitzà una actualització de la fórmula hipocràtica l'any 1948, i l'any 1954 assumí el Codi de Núremberg. El col·lectiu mèdic incorporà al clàssic jurament hipocràtic una idea clara de tracte igual i no discriminatori, així com de respecte a la dignitat de la vida humana incloent el respecte a les diferències polítiques, religioses, nacionals o racials.

<sup>737</sup> Simon, P., *op. cit.*, p. 75.

<sup>738</sup> La Declaració de Hèlsinki posteriorment fou revisada en: la 29 Assemblea Mèdica Mundial de Tokio l'any 1975, la 35 Assemblea Mèdica Mundial de Venècia l'any 1983, la 41 Assemblea Mèdica Mundial de Hong Kong l'any 1989, la 48 Assemblea General Somersset de Sud-àfrica l'any 1996, la 52 Assemblea General d'Edimburg l'any 2000 i la 59 Assamblea General de Seul l'any 2008; prèviament a aquesta última Assemblea s'afegiren notes aclaridores dels paràgrafs 29 i 30 durant les Assemblees Generals de la Associació Mèdica Mundial de Washington l'any 2002 i de Tokio l'any 2004. El document es pot consultar en línia a: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Helsinki2008.pdf>. Accés 29 de març de 2009.

<sup>739</sup> Existeix una versió catalana de l'informa Belmont que pot ser consultada a: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; *Informe Belmont*; en línia: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/spbioe14.htm>. Accés 25 de juliol de 2008.

*of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*; l'objectiu d'aquesta comissió era el d'identificar els principis ètics bàsics que havien de dirigir la recerca amb éssers humans en les ciències del comportament i en biomedicina. L'informe constituí un encàrrec que el Congrés dels Estats Units d'Amèrica féu l'any 1974. El treball de la comissió es va allargar durant quatre anys i en el text final destaquen tres principis bàsics: 1) Respecte per les persones (que són definides com a éssers autònoms), 2) Beneficència i 3) Justícia. En aquest document es fa esment explícit a l'autonomia de les persones i es reconeix que els individus hauran de ser tractats com a ens autònoms.<sup>740</sup>

El respecte a l'autonomia de les persones significa donar valor a les seves opinions i eleccions i, per tant, resulta il·legítim obstruir les seves accions, sempre que aquestes no produeixin un clar perjudici a tercers. D'aquest document es pot deduir que es mostra manca de respecte per un agent autònom quan se li nega la llibertat d'actuar segons els seus propis criteris.<sup>741</sup>

Del reconeixement de l'autonomia personal se'n deriva l'obligació de facilitar tota la informació necessària per tal que l'individu pugui prendre les seves decisions amb coneixement de causa. L'Informe Belmont reconeix la necessitat del consentiment informat en la presa de decisions i identifica que el procediment ha de constar de tres elements: informació, comprensió i voluntarietat. Aquest procés, però, tardà a fer-se palès a l'Estat espanyol. La situació política espanyola féu que la consideració dels pacients com a persones portadores de drets hagi tingut una gestació perllongada. Els espanyols durant les dècades compreses entre els anys 60 i 90 hagueren d'aprendre a veure's com a ciutadans abans que es tinguessin com a pacients amb drets. En el nostre entorn no és, per tant, fins a la dècada dels anys 90 quan es començà a plantejar de forma seriosa l'obtenció del consentiment informat en la pràctica clínica

---

<sup>740</sup> L'informe afirma també que les persones que presenten una autonomia disminuïda hauran de ser objecte de protecció.

<sup>741</sup> Boladeras, M., *op. cit.*, pp. 40-41.

La Constitució Espanyola de 1978 suposà la superació del paternalisme polític, en la Carta Magna es reconeix el regne d'Espanya com un «estat social i democràtic de dret». El marc constitucional de 1978 proporcionà un terreny ferm sobre el qual desenvolupar els drets dels pacients. En l'àmbit sanitari, l'any 1984, l'Insalud promulgà el seu *Plan de humanización de la asistencia sanitaria*;<sup>742</sup> aquest pla anava dirigit als 136 hospitals que en aquells moments estaven gestionats per l'Insalud, encara que en una primera fase es començà a treballar només en 15.<sup>743</sup> Finalment, el 25 d'abril de 1986 s'aprovà la *Ley General de Sanidad*; en l'article 10 d'aquesta llei es reconeix el dret dels pacients sobre la seva dignitat i intimitat, el dret a la informació i a la confidencialitat d'aquesta, el dret a negar-se a rebre un determinat tractament i a la lliure elecció entre les opcions que li presenti el responsable mèdic, i és necessari el consentiment escrit de l'usuari per a la realització de qualsevol intervenció excepte quan la no-intervenció suposi un risc per a la salut pública o quan el pacient no es trobi capacitat per prendre decisions, en aquests casos el dret correspondrà als seus familiars o persones properes, mentre que el metge pot prendre les decisions quan la urgència vital de la situació no permeti demora.

Uns anys més tard, l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa aprovava el 28 de setembre de 1996 el document *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*, aquest document fou obert a la firma dels diferents estats membres de la Unió a Oviedo (Espanya), el 4 d'abril de 1997, per aquest motiu aquest document es coneix també com Conveni

---

<sup>742</sup> Vid., Lorda, P., *op. cit.*, pp. 102-118.

<sup>743</sup> El Sistema Sanitari català presenta importants peculiaritats doncs només les residències sanitàries de les capitals de província eren gestionades per l'Insalud, la resta d'institucions sanitàries que prestaven assistència pública pertanyien al que actualment es coneix com la XHUP (Xarxa hospitalari d'utilització pública) que compren un nombre considerable d'hospitals comarcals gestionats per patronats municipals u altres ens semipúblics.

d'Oviedo. Fou subscrit per 21 països, Espanya entre aquests,<sup>744</sup> en aquest document es reconeix també de forma explícita que qualsevol intervenció en l'àmbit de la sanitat només es pot efectuar després d'obtenir el consentiment explícit de la persona interessada. Finalment, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica amplià i actualitzà l'article 10 de la Llei general de sanitat, i incorporà també les prescripcions del Conveni d'Oviedo.<sup>745</sup>

## **1.2. La qüestió del gènere en el reconeixement del principi d'autonomia**

Com hem esmentat, en l'apartat anterior, foren les transformacions polítiques i jurídiques de l'època moderna les que promogueren importants canvis en el pensament occidental que propiciaren l'acceptació i reconeixement de la vida humana individual. Però aquesta llibertat fou negada a les dones des de la seva formulació inicial. La moral i la política modernes es dissenyaren

---

<sup>744</sup> El Conveni fou aprovat pel Consell de Diputats l'octubre de 1999, publicat al BOE del 20 d'octubre de 1999 i es troba en vigor des de l'1 de gener de 2000. La proposta del Document fou elaborada per Marcelo Palacios. El paper de Marcelo Palacios ha estat decisiu per l'elaboració i aprovació del Conveni, així com perquè la seva firma tingués lloc a Oviedo (Espanya).

<sup>745</sup> Previament a la promulgació de la *Ley 41/2002 bàsica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, algunes de les CCAA espanyoles havien promulgat les seves pròpies normatives relatives al reconeixement de l'autonomia del pacient, així a Catalunya es promulgà la *Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica* i a Galícia la *Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes*.



deixant fora les dones.<sup>746</sup> L'autonomia, clau del nou subjecte moral modern, fou sostreta a les dones. En el pensament modern, l'autocomprensió individualista masculina se sustentà sobre una interessada ceguesa: el mascle con a *home natural* constituïa una entitat originària, independent, lliure i igual als altres homes sorgits damunt de la terra com si fossin bolets; com a bolets hobbesians.<sup>747</sup> Aquest pensament polític modificà, sens dubte, la simbologia relacionada amb el naixement; els homes lliures i autònoms foren interpretats com a desencarnats; com si no haguessin nascut del ventre de cap dona. Les dones, com a part de la naturalesa, foren conceptualitzades com a propietat, i quedaren subjectes a l'ús i regulació del homes.

La integritat corporal de la dona no es recollí en els ordenaments lliberals i en aquest fet podem trobar la base de la *normalitat* amb la qual fins fa ben poc s'ha assumit la violència contra les dones, ja sigui aquesta una violència sexual o una violència domèstica.<sup>748</sup> La subjecció natural de la dona al marit, pel pacte matrimonial, redundarà que la justícia s'aturi davant les portes de les llars. L'educació de les nenes en la nova societat burgesa col·laborà a l'ensinistrament al qual se sotmeté les dones. Les nenes s'havien de vestir d'una forma correcta i se'ls imposà un estil corporal determinat, se'ls prohibí l'agressivitat i l'expansió física; a més, se'ls ensenyà que el seu cos és imperfecte i que cal domesticar-lo i controlar-lo. La seva acceptació social dependrà que aconseguixi marit i pugui regentar una família. El procés de socialització de la dona en la nova societat moderna no esdevingué un procés d'individualització, sinó de domesticació, adobada amb fortes dosis d'allò que podem anomenar *intoxicació sentimental* cultivada amb la naixent subcultura femenina *rosa*. En resum, la construcció

---

<sup>746</sup> Guerra, M. J., *Teoría feminista contemporánea. Una aproximación desde la ética*; Madrid, Editorial Complutense, 2001, p. 48.

<sup>747</sup> Amorós, C., Hongos hobbesianos, setas venenosas; *Mientras Tanto*, 48, gener-febrer, 1992.

<sup>748</sup> Segons aquest pensament la relació assistencial pot adoptar una certa violència psicològica i fins i tot física; el professional sanitari es assimilat al pare o marit totpoderós i per tant te poder sobre la dona a qui per naturalesa li correspon un rol submís.

moderna d'allò femení conjugat amb l'estricta separació entre públic i privat marcà camins de socialització diferents i diferenciats per a homes i dones.

Tot aquest raonament, quan l'apliquem a l'àmbit de l'assistència a la procreació ens mostra un model en el qual el naixement d'un nou individu, que es convertirà en un nou ciutadà, es transforma en un afer públic quant a l'interès per tal d'aconseguir uns nadons més sans, però en la formulació de les estratègies per tal d'aconseguir-ho les dones no hi tenen veu. Apareix un nou discurs higienista, preocupat per la prevenció de les malalties i en el qual assegurar un descens de la mortalitat infantil esdevé un dels pilars bàsics i fonamentals de la medicina que es justifica apel·lant la prosperitat social. El nombre i la força del braços que sustentaran el nou estat dependrà d'una adequada cura de la salut, aspecte en què es confereix a les dones la màxima responsabilitat. Les dones esdevenen dipositàries per naturalesa de la missió d'engendrar, alimentar i educar els fills; aquesta tasca, però, l'han de dur a terme sota l'adequada tutela mèdica; els metges tenen els saber i el poder necessari per tal de modelar la raó i temperar l'instint maternal, incontrolable per a les dones soles. En aquest nou discurs higienista es formulà una forta crítica en contra de les pràctiques assistencials tradicionals, s'inicià una activa campanya en contra de les llevadores a les quals s'acusà d'ignorància i contra les dides, identificades com les principals culpables de la mort i la mala salut dels nadons.<sup>749</sup> En aquest nou discurs higienista modern es multiplicaren les lloances de l'alletament matern. L'úter gestant i consegüentment també el cos de la dona embarassada quedà a disposició del cos medicosanitari que el tingué en compte com a objecte d'estudi per tal de millorar el resultat de la procreació humana.<sup>750</sup> La dona no fou tinguda en compte com a ésser autònom, no tenia veu; no fou considerada un subjecte moral i en cap cas es pensà a demanar la seva opinió o

---

<sup>749</sup> Lozano, M., *op. cit.*, p. 191.

<sup>750</sup> Recordem aquí l'obra de Pinard, en la que s'estudia la presentació i postura del fetus, a l'interior de l'úter, com una senzilla qüestió de física. La dona no es té en compte, fins i tot es lícit fer-li adoptar postures incòmodes i a les que es resisteix.

concedir-li algun tipus d'opinió. En la relació assistencial el respecte a la intimitat desaparegué de l'ideari mèdic; el deshonor que podia significar per a les dones i professionals masculins la visió de les parts íntimes s'oblidà; la dona gestant es considerà com un objecte d'estudi i pràctica científica. En aquest model es gestà una nova medicina, especialitzada en obstetrícia, preocupada per la tecnificació i desinteressada pels aspectes humans de l'assistència. L'assistència sanitària a la procreació esdevingué una part més de la medicina en la qual només importava aconseguir bons resultats en termes de mortalitat i morbiditat.

### **1.3. La imatge ideològica de la maternitat i els moviments feministes**

Les dones, al llarg del segle XX, han demostrat el seu desacord amb la situació social creada per la Modernitat, i aquesta disconformitat s'ha expressat bàsicament a través dels moviments feministes. Els primers passos del feminisme, com a moviment autònom, podem situar-lo, ja de forma incipient, durant el segle XIX. Algunes dones burgeses, especialment al Regne Unit, reivindicaren la universalització dels valors lliberals i democràtics, i iniciaren el moviment sufragista. Aquesta primera onada feminista es manifestà en contra de la situació imposada a les dones i exigí el dret al vot i a la ciutadania política. La discussió relacionada amb la capacitat electoral de les dones fou intensa, en aquest debat hi participaren figures clàssiques del pensament polític com Condorcet, Fourier, Stuart Mill... Les sufragistes consideraren que el dret al vot constituïa la porta d'accés al parlament i a la possibilitat de modificar les lleis i les institucions amb la finalitat d'aconseguir la igualtat. Austràlia des de 1901, Finlàndia a partir de l'any 1906 i Noruega des de 1907 admeteren el sufragi

femení dins d'un quadre censatari.<sup>751</sup> Però per a les sufragistes la idea de la feminitat identificava l'especificitat femenina en tot allò relatiu a la procreació i la cura dels fills. El canvi en la legislació per tal d'obtenir el vot no es veié separat de la concepció de la maternitat com la característica bàsica que definia la dona psíquica i socialment. Els moviments sufragistes feministes reclamaven el dret de ciutadania des de la convicció de la maternitat com a condició unificadora del sexe femení. La maternitat es concebia com el principi unificador de totes les dones per damunt de les diferències de classe socials o estatus ocupacional. Les feministes exigien una igualtat amb els homes des del reconeixement de la maternitat com a treball, que havia de ser retribuït per part de l'Estat per tal de garantir el benestar i la dignitat de les mares. La retribució pel treball domèstic, l'assegurança de maternitat, el sou per la cura dels fills eren objectius que sorgiren dins d'aquest moviment feminista occidental d'inici de segle XX.

En els anys previs a la Primera Guerra Mundial fou abundant la legislació destinada a la protecció de la maternitat; fins i tot el nacionalsocialisme alemany es mostrà favorable a les mesures pronatalistes; per al nazisme la dona era vista com una eina de l'Estat; la maternitat n'estava al servei de la regeneració. La ideologia racista nazi propicià una política eugenèsica articulada mitjançant la

---

<sup>751</sup> Entre la Primera i la Segona Guerra Mundials, la majoria dels països occidentals reconegueren el dret de vot femení: Alemanya, Àustria, Canadà, Dinamarca, Espanya, Estats Units, Gran Bretanya, Holanda i Suècia. La resta dels països reconegueren el dret de vot femení amb posterioritat a 1945, com en el cas de França que ho feu l'any 1946 o el cas extrem de Suïssa que no reconegué la capacitat de vot de les fèmnes fins 1971. En el cas d'Espanya el vot s'aconseguí de forma precoç; la Constitució de la II República l'any 1931 i la normativa electoral de 1933 afirmaren el principi del sufragi femení, que s'exercità durant el període comprés entre 1933 i 1936; durant el període de dictadura que succeí la Guerra Civil el sufragi tant femení com masculí no es pogué exercitar i no es tornà a recuperar fins el període de la transició democràtica. Vid. Vallés, J.M., Bosch, A., *Sistemas electorales y gobierno representativo*; Barcelona, Ariel, 1997, p. 46.

legislació i materialitzada mitjançant l'esterilització o l'assassinat de moltes dones.<sup>752</sup>

A causa de les circumstàncies bèl·liques de la Segona Guerra Mundial, foren moltes les dones que hagueren d'abandonar les seves llars per tal d'ocupar els llocs productius a la indústria, els serveis, el comerç o l'administració, que els homes havien abandonat per incorporar-se a files; però un cop finalitzada la Guerra les dones foren estimulades a retornar a l'interior de la llar; per tal d'aconseguir-ho s'hagué de posar en marxa un complex dispositiu ideològic, que exaltava l'excel·lència de les dones com a directores i gerents de la llar i expertes cuidadores dels fills. Aquests missatges eres difosos amb profusió en els mitjans de comunicació, o en pel·lícules ensucrades d'exaltació de la llar i la vida familiar. Aquest missatge fou reforçat fins i tot des de l'àmbit universitari. L'obra del sociòleg nord-americà Talcott Parsons (1902-1979) defineix el rol expressiu encarnat per la dona, en front del rol instrumental del marit en el si de la parella; tot això dins d'una explicació emmarcada en la teoria social funcional.

Després de les dues guerres mundials el feminisme natalista s'havia abandonat completament i algunes noves veus del feminisme es dedicaren a denunciar l'entramat ideològic que, tot i reconèixer el dret de vot de les dones, les condemnava a l'àmbit domèstic i a la maternitat com a única funció social; entre aquestes veus podem destacar la de la feminista lliberal nord-americana Betty Friedan qui en el seu llibre *La mística de la feminitat*, fa referència a la neurosi de la mestressa de casa americana, que patien moltes dones a causa de

---

<sup>752</sup> La llei d'esterilitzacions fou oficialment proclamada l'any 1933. L'any 1935 aquesta normativa s'estengué com una llei de l'avortament per raons eugenèsiques i es completà amb l'assassinat de dones joves, com a membres d'una raça que es volia exterminar. El racisme eugenèsic no fou exclusiu del nacionalsocialisme alemany; el practicaren també altres països com: EUA, Suècia, Noruega o Gran Bretanya; fins i tot algunes feministes partidàries del control de la natalitat es sumaren a aquest moviment eugenèsic en la definició de l'antinatalisme per als pobres o no aptes, com a possible solució per als problemes socials. Vid. Lozano, M., *La construcción del imaginario de la maternidad en occidente*; Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, 2001, p. 223.

la impossibilitat de poder prendre decisions pròpies fora de l'àmbit de la llar; fora d'aquell àmbit *natural* que se'ls havia assignat. Les reivindicacions es desplaçaren cap a una consecució de justícia i igualtat mitjançant l'accés per part de les dones a un treball retribuït en l'espai públic, i es començà una certa pressió per tal d'aconseguir una major corresponsabilitat paterna en l'àmbit privat.

L'any 1949 el llibre *El segon sexe* de Simone de Beauvoir constituí una obra cabdal en el pensament de la feminitat que trencà definitivament amb aquest ideal maternal assignat a la dona. De Beauvoir reaccionava en contra de les polítiques natalistes franceses, afirmant. «No es neix dona: s'arriba a ser-ho»;<sup>753</sup> aquesta frase es convertiria amb el temps en una fórmula que adquiriria caràcter simbòlic. L'autora desmitificà en la seva obra l'embaràs i la maternitat, arribant a definir la gestació en termes d'invasió de la identitat i la corporalitat de la mare:

«...dia rere dia, un pòlip nascut de la seva carn i aliè a la seva carn s'engreixarà en ella; és presonera de l'espècie que li imposa les seves misterioses lleis i generalment aquesta alienació li fa por: el seu terror es tradueix en vòmits».<sup>754</sup>

*El segon sexe* trencà definitivament amb el misticisme de la maternitat; constituí un rebuig del destí femení de la maternitat assumit en el contracte social modern com a una cosa natural i immutable. Les reivindicacions de De Beauvoir exigien la llibertat de les dones per tal de poder triar mitjançant el control de la

---

<sup>753</sup> De Beauvoir, S., *El segundo sexo; vol 2, La experiencia vivida*; Madrid, Catedra, colección feminismos, p. 13. Títol original: *Le deuxième sexe II. L'expérience vécue*; trad. Castellà Martorell, A., "No se nace mujer: se llega a serlo"

<sup>754</sup> *Íbid.*, p. 293. "...día tras día, un pólipo nacido de su carne y ajeno a su carne engordará en ella; es presa de la especie que le impone sus misteriosas leyes y generalmente esta alienación le da miedo: su terror se traduce en vómitos".

natalitat; mitjançant el control del cos amb l'accés a l'avortament legal i amb la llibertat de poder optar per formes de creació que no fossin biològiques. La dona podia optar per la creació intel·lectual i artística que el seu destí *natural* li havia prohibit.

En *El segon sexe* s'introdueixen aquelles idees que, posteriorment, configuraran el debat al voltant del tema de la procreació. Una important controvèrsia es generarà, amb el pas dels anys, sobre la possibilitat d'elecció per part de les dones. Poder optar per mètodes anticonceptius permet rebutjar la maternitat com a destí biològic de tota dona que manté activa la seva sexualitat heterosexual; es tracta d'una reivindicació de llibertat, de possibilitat d'elecció, però *El segon sexe* planteja una segona qüestió: quan anuncia l'excel·lència de l'esperit com alguna cosa aliena i superior a l'experiència corpòria (l'elecció vertaderament creativa, segons De Beauvoir) aposta per una renúncia a la maternitat. Les imatges que descriu en la seva obra en relació amb la dona gestant i que l'equiparen a una eina o a una incubadora trenquen de forma definitiva amb la idealització i mistificació de la maternitat imperants en la França de la postguerra, en la qual escriu Simone de Beauvoir, però tanmateix aquesta visió del fetus com a paràsit que es desenvolupa sense control matern en el seu si, ajuda a l'elaboració de la imatge d'un fetus que esdevé autònom. El cos de la mare es converteix clarament en una incubadora a través de la qual s'ha d'accedir al fetus en desenvolupament, la mare perd autoritat i control sobre el procés de la gestació, i conseqüentment també sobre el procés del part.

Per a les hereves de Simone de Beauvoir dels anys setanta del segle XX les reivindicacions es concentraren en un alliberament de la dona del procés procreatiu: la maternitat era vista com un obstacle per al desenvolupament personal de la dona i per al seu accés a l'espai laboral. Aquest corrent *igualitari* del feminisme desenvolupà una desconfiança profunda respecte a la naturalesa de la dona, ja que aquesta naturalesa i la seva expressió en el destí natural de la maternitat havia servit de justificació i pretext per a l'exclusió de la dona.

Aquest allunyament del procés procreatiu, i consegüentment de la seva assistència sanitària, per part dels moviments feministes, permeté que es desenvolupés una forta medicalització marcada per l'interès mèdic en la recerca de nous coneixements i millora de resultats, que es configurà sense tenir en compte la subjectivitat o l'opinió de les mateixes usuàries. L'exclusió a un àmbit marginal de les llevadores juntament a la progressiva subespecialització de la medicina en: obstetrícia, ginecologia, pediatria, neonatologia, medicina fetal, medicina reproductiva... contribuïren a una visió segmentada del cos de les dones entre els diferents dominis mèdics que afavorí l'allunyament d'una visió holística i humanitzada del procés procreatiu. L'atenció prenatal es configurà sota el paradigma d'una ciència que s'havia de fonamentar en la racionalitat i l'estricta coneixement dels fenòmens biològics, i que deixà de banda l'art de l'habilitat en les relacions interpersonals.

Aquests ideals d'autonomia i igualtat, defensats pel corrent igualitari del feminisme, foren posats en dubte per part d'un nou moviment de feministes radicals, que en la dècada dels anys setanta del segle XX formularen algunes qüestions relacionades amb la concepció ideològica de la maternitat. Aquest nou corrent feminista sorgí almenys en part, de la psicoanàlisi; segons aquesta nova teoria el tractament inferior que es donava a les dones es fonamentava en la negació de la seva vertadera naturalesa; calia, doncs, afirmar la realitat positiva de les dones i avaluar el seu propi espai. S'introduí el dubte i la sospita sobre la revalorització que des d'un discurs masculí s'havia fet dels conceptes d'*autonomia* i *igualtat*, en detriment d'aquells altres conceptes que tradicionalment havien estat considerats com a femenins: *la cura* i *la interacció personal*; ambdós estretament relacionats amb la funció maternal. Per a aquestes feministes, que feren èmfasi en la diferència,<sup>755</sup> les mobilitzacions

---

<sup>755</sup> En aquesta corrent podem situar la francesa Luce Irigaray, qui a finals dels anys setanta del segle XX, juntament amb altres autores com Anni Leclerc o Hélène Cixoux, construïren en clau filosòfica el nucli, que a partir del grup anomenat "*Psicoanàlisi i Política*" defensà i estengué a altres pensadores i a altres països



s'havien de dirigir a una reivindicació de les polítiques corporals i les crítiques d'aquest moviment es desplaçaren a les institucions que controlen la pràctica medicosanitària. Per al moviment feminista de la diferència cal afirmar la realitat específica femenina i construir a partir d'aquesta un nou espai i un nou discurs en què poder expressar-se. Existeixen dos sexes, la naturalesa humana és dual, i en aquesta, masculí i femení són irreductibles l'un a l'altre, l'antagonisme hauria de donar lloc a una ètica de la diferència sexual; ja que només des de la diferència és possible parlar d'una societat completa.

Aquestes posicions expressades són forçosament esquemàtiques, el pensament feminista no s'esgota en els dos corrents esmentats del feminisme de la igualtat o de la diferència; però aquestes dues visions poden aportar una certa llum en la qüestió de la maternitat i els aspectes relacionats amb la corporalitat que la procreació implica, i que mantenen una peculiar expressió en els països tecnològicament desenvolupats. Si quan es preveu el procés de la procreació humana es produeix una separació infranquejable entre cos i cultura, i si es produeix una adscripció de l'embaràs únicament a l'àmbit de la corporalitat, que com hem esmentat escapa del control de la mateixa dona; llavors, des de la perspectiva sanitària es tenen en compte únicament els processos vinculats a la biologia, ignorant tota la seva implicació intel·lectual i social, reproduint d'aquesta forma els valors vinculats a la lògica patriarcal; el cos de la mare esdevé exclusivament el lloc on es desenvolupa l'embrió. Encara que a les dones se'ls reconeix la propietat del seu cos, no posseeixen en realitat la propietat del seu cos embarassat, ja que la importància social de l'esdeveniment desplaça la pròpia identitat de la mare en favor del fetus. Però, per altra banda, si acceptem

---

aquesta corrent anomenada feminisme de la diferència. Aquest grup realitzà una forta crítica al feminisme de la igualtat, al que acusà de reivindicar per a les dones els drets dels homes, però sense aprofundir en les diferències entre homes i dones. Aquest grup i molt especialment Luce Irigaray influïren fortament en el feminisme italià, i més concretament en la seva teòrica més destacada: Luisa Muraro. Vid. Posada, L., De discursos estéticos, sustituciones categoriales y otras operaciones simbólicas a Amoros, C., *Feminismo y Filosofía*; Madrid, Síntesis, 2000, pp. 231-254.

una lectura d'una diferència insuperable entre els dos sexes llavors acceptem una mistificació de la diferència sexual arribant a una idealització centrada en l'úter, i en la qual s'exalta de forma simbòlica la figura de la mare com a identificació femenina, tornant d'aquesta forma a la *mística de la maternitat*.

#### **1.4. L'assistència sanitària a la maternitat en l'estat del Benestar**

En els estats del Benestar, propis de les societats europees posteriors a la Segona Guerra Mundial, les intervencions públiques en la majoria d'àrees de la vida s'han incrementat. L'estat assegura la provisió i accés universal a les prestacions sanitàries bàsiques, entre les quals s'inclou, de forma prioritària, l'atenció a la maternitat, amb la finalitat de millorar la salut de tota la població. Les teories feministes esmentades, encara que des de diferents perspectives, formularen una caracterització de les activitats pròpies de les dones com són l'embaràs i el part, la criança dels fills, la cura dels vells o les tasques de la llar; aquestes teories, però, no abordaren l'estructura organitzacional encarregada de tenir-ne cura. És en el feminisme crític on podem endinsar-nos en aquest aspecte de l'assistència sanitària a la maternitat. Des del feminisme crític, s'ampliaren els conceptes formulats per la teoria marxista ortodoxa; mentre que la teoria marxista clàssica s'havia limitat a desemmascarar i analitzar les relacions de producció, les feministes ampliaren aquests conceptes per tal d'incloure-hi les activitats reproductives i les relacions de reproducció, preocupant-se de desemmascarar les relacions de poder amagades en el si d'aquestes relacions.

Una de les teories comprensives de la humanitat, i de la qual les feministes crítiques han pres model per tal d'analitzar les escissions i dicotomies institucionals entre les esferes privada i pública, és la de Jürgen Habermas. Habermas ofereix una clara descripció de les relacions entre les diverses esferes

de la vida pública i privada en el capitalisme clàssic que presenta un fort potencial crític. Buscant una síntesi entre Marx i Weber, Habermas distingeix dos corrents en els processos de modernització: la *cultural* i la *societal*.<sup>756</sup>

“La modernitat cultural significa, en primer lloc, *descentrar* la visió del món que tenia l’antiguitat i l’edat mitjana utilitzant per fer-ho les fites aconseguides per la ciència natural moderna i pel desenvolupament de la teologia dels segles XVI i XVII. En segon lloc, aquest procés també implica l’eventual diferenciació en aquesta visió del món d’esferes de valor separades com l’ètica, la ciència, la jurisprudència, la religió, l’estètica, i el conseqüent augment de *l’auto-reflexivitat* d’aquestes esferes de valor diferenciades com a resultat de la seva institucionalització autònoma.”<sup>757</sup>

Per *racionalització societal* Habermas es refereix a la diferenciació entre *sistema i món de la vida*. En el *sistema* les accions dels individus es coordinen mitjançant l’entramat funcional de conseqüències intencionades, i cada acció és determinada per càlculs fets en interès propi i tendents a maximitzar la seva utilitat. Exemples de *sistemes socials* ho són el mercat, les polítiques d’impostos i l’economia mundial. Aquestes esferes són governades per la lògica.<sup>758</sup>

---

<sup>756</sup> Vid. Benhabib, S., Cornella, D., Más allá de la política de género a Benhabib, S., Cornella, D., *Teoría Feminista y Teoría Crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*; Tr., Sánchez, A., Valencia, Edicions Alfons el Magnànim, 1990, p. 15. Títol original: *Feminist as Critique. Essays on the Politics of Gender in Late-Capitalist Societies*.

<sup>757</sup> *Ídem.*, “La modernidad cultural significa en primer lugar *descentrar* la visión del mundo de la antigüedad y la Edad Media valiéndose de los logros de la ciencia natural moderna y de los desarrollos de la teología de los siglos XVI Y XVII. En segundo lugar, este proceso también implica la eventual diferenciación en esta visión del mundo de esferas de valor separadas como la ética, la ciencia, la jurisprudencia, la religión y la estética, y el subsiguiente aumento de la *auto-reflexividad* de estas esferas de valor diferenciadas como resultado de su institucionalización autónoma.”

<sup>758</sup> *Íbid.*, p. 16.

“El *món de la vida*, en canvi, es caracteritza per contextos d’acció *socialment integrats*. En els contextos d’acció socialment integrats els agents actuen sobre la base d’alguna forma de consens intersubjectiu implícit o explícit sobre les normes i els valors... Són exemples d’aquestes accions les relacions privades entre membres familiars, amics i veïns, així com també el debat i la participació democràtica en l’esfera pública.”.<sup>759</sup>

Nancy Fraser efectua una anàlisi crítica d’aquest model i posa de manifest que la interrelació entre les esferes *privada i pública* no és paral·lela a la distinció mostrada entre *sistema i món de la vida*.<sup>760</sup> Fraser és menys optimista sobre el potencial crític de la teoria de Habermas i argumenta que aquesta teoria, sent com és impressionant, postula distincions entre reproducció *material i simbòlica*, *sistema i món de la vida* sense qüestionar el subtext de gènere.

“Habermas afirma que les societats s’han de reproduir materialment; han de regular amb èxit l’intercanvi metabòlic dels grups biològics amb el seu entorn físic no humà i amb altres sistemes socials. Per altra banda, les societats s’han de reproduir simbòlicament, han de mantenir i transmetre als seus nous membres les normes i els models d’interpretació lingüística elaborats i que són constitutius de les identitats socials. Habermas afirma que la reproducció material comprèn allò que ell determina com *treball social*. La reproducció simbòlica, per altra banda, comprèn la socialització dels joves, la

---

<sup>759</sup> *Ídem.*, “El mundo de la vida, por el contrario, se caracteriza por contextos de acción “socialmente integrados”. En los contextos de acción socialmente integrados los agentes actúan sobre la base de alguna forma de consenso intersubjetivo implícito o explícito acerca de normas, valores y fines...Son ejemplos de estas acciones las relaciones entre miembros de la familia, amigos y vecinos aunque también el debate y participación democrática en la esfera política pública.”

<sup>760</sup> Fraser, N., ¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género a Benhabib, S., Cornella, D., *op. cit.*, pp. 49-88.

consolidació de la solidaritat del grup, i la transmissió i extensió de les tradicions culturals.”<sup>761</sup>

Habermas defensa que les societats modernes deixen les funcions de reproducció material de la societat en mans de dues institucions especialitzades: l'economia oficial i l'estat administratiu, ambdues integrades en el sistema. La *reproducció simbòlica* de la societat queda, en l'àmbit privat, en mans de la *família nuclear restringida moderna*, mentre que en l'esfera pública aquesta reproducció simbòlica s'efectua en *l'espai de participació i debat polític*; ambdós espais socialment integrats. Habermas conceptualitza la reproducció dels fills com una activitat de reproducció simbòlica, és a dir, de socialització; per a Fraser aquesta conceptualització amaga que en realitat les activitats de reproducció i criança posseeixen un aspecte dual;<sup>762</sup> Fraser afirma que la criança dels fills no pot només ser conceptualitzada com a reproducció simbòlica en tant que oposada a la material; la criança implica les interaccions dels fills amb altres persones, però això no ha d'obviar que també implica interaccions amb la naturalesa física. Per tant, per a Fraser la criança dels fills no és per se una activitat de reproducció simbòlica; és igualment, i al mateix temps, una activitat de reproducció material.<sup>763</sup> Per a Fraser la classificació de la criança dels fills

---

<sup>761</sup> *Ibid.*, p. 51. “Habermas afirma que las sociedades deben reproducirse materialmente, deben regular con éxito el intercambio metabólico de los grupos de individuos biológicos con un entorno físico, no humano, y con otros sistemas sociales. Por otra, las sociedades deben reproducirse simbólicamente; deben mantener y transmitir a los nuevos miembros las normas y modelos de interpretación lingüísticamente elaborados que son constitutivos de las identidades sociales. Habermas afirma que la reproducción material comprende lo que él denomina *trabajo social*. La reproducción simbólica, por otra parte, comprende la socialización de los jóvenes, la consolidación de la solidaridad de grupo y la transmisión y extensión de las tradiciones culturales.”

<sup>762</sup> *Ibid.*, p. 53.

<sup>763</sup> Per a Fraser la activitat del treball remunerat també implica una activitat d'aspecte dual, doncs no només assegura la producció d'aliments i objectes que assegurin la supervivència biològica del membres de la societat sinó que també, i al mateix temps, reproduïx les identitats socials.

com a reproducció simbòlica i la seva assignació dins de tipus naturals de categorització *socialment integrats* podrien servir per tal de legitimar la separació institucional de la criança dels fills respecte del treball remunerat, fet que es pot considerar com un pilar de les formes modernes de subordinació de les dones, per seguir-les confinant a l'esfera privada.<sup>764</sup>

Per altra banda, per a Habermas els intercanvis en l'esfera pública i l'estat són canalitzats a través del rol de ciutadà, i en el capitalisme tardà del benestar pel rol de client. Esfera pública o espai de participació i debat i formació de l'opinió pública està vinculada en la modernització de l'estat al sistema de l'estat-administratiu: lleialtat, obediència i impostos sobre la renda són canviats per resultats resolts en organitzacions i decisions polítiques. Fraser efectua una crítica d'aquesta diferenciació des de la perspectiva del gènere. Tal com Habermas ho entén, el ciutadà és fonamentalment un participant del debat polític i de la formació de l'opinió pública. Això significa, segons la seva opinió, que la ciutadania depèn de forma crucial de les capacitats de consentiment i de la capacitat de participar en igualtat amb altres en el diàleg. Però aquestes capacitats estan connectades amb la masculinitat en el capitalisme clàssic. Són capacitats que foren negades a les dones i que es consideraren renyides amb la feminitat.

En el si d'aquest debat coincidim amb Fraser en la seva afirmació que les activitats de reproducció posseeixen un aspecte dual i han de ser conceptualitzades com a activitats de reproducció simbòlica, però cal reconèixer la seva vessant d'activitat de reproducció material. Tot i el no reconeixement explícit per part de Habermas, la realitat ens mostra com les activitats sanitàries d'atenció a la maternitat es desenvolupen en el sistema, i han quedat separades i aïllades de la reproducció simbòlica que es desenvolupa en el món de la vida. El món de la lògica dominant en els sistemes socials es fa palès en les polítiques sanitàries d'atenció a la maternitat que busquen maximitzar la utilitat i obtenir els

---

<sup>764</sup> Fraser, N., *op. cit.*, p. 55.

millors resultats en termes estrictament racionals: és a dir, a millorar els resultats en termes de mortalitat i morbiditat materna i neonatal, oblidant en canvi aquells aspectes propis dels contextos d'acció socialment integrats en els quals els agents actuen en base a consens intersubjectius implícits o explícits fonamentats en normes i valors; d'aquesta manera, la humanització de l'assistència s'ha sacrificat per tal de concentrar-se en la consecució de resultats materials.

Les polítiques sanitàries d'atenció a la maternitat foren les primeres que els estats del Benestar adoptaren en matèria de política sanitària i es desenvoluparen sense tenir en compte l'opinió de les usuàries, basant-se en el supòsit de la ignorància de les dones en la matèria.<sup>765</sup>

Les dones no participaren en l'espai públic de participació i debat, i quan accediren als serveis sanitaris d'atenció a la maternitat no foren considerades clientes, sinó senzillament usuàries passives dels serveis oferts. Els Estats Nacionals deixaren a la iniciativa professional la definició dels estàndards de qualitat en matèria d'atenció sanitària. Un exemple recent d'aquesta afirmació la trobem en la presentació del Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya on podem llegir-hi:<sup>766</sup>

«La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO), fa un temps, va redactar uns protocols d'actuació en l'embaràs i el part, elaborats per un gran nombre de professionals, que van permetre la publicació de diversos manuals. Ateses les característiques de Catalunya i el seu sistema sanitari, es va fer la proposta d'adequar els protocols que es feien servir a la resta d'Espanya, per tal de poder

---

<sup>765</sup> Oakley, A., *op. cit.*, p. 259. En aquest sentit l'autora fa esment a la situació paradoxal, que es desenvolupà a inicis de segle en la societat britànica: l'any 1912 algunes escoles de noies aconseguiren pressupost per tal de comprar maniquins, amb l'objectiu d'oferir un ensenyament pràctic a les seves alumnes sobre la forma en que s'havia de tenir cura dels nadons, però al mateix temps s'aconsellà a les mares que no es servissin de l'ajuda de les seves filles grans per tal de tenir cura dels germans petits.

<sup>766</sup> Cabero, Ll., *Introducció* a Departament de salut. Generalitat de Catalunya, Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya; p. 15.

aplicar-los en el nostre entorn. Aquesta proposta va ser molt ben vista per la SEGO i, juntament amb el Departament de Salut, es va considerar que els professionals que havien participat en la redacció dels protocols de la SEGO, juntament amb d'altres, així com els pertanyents a altres estaments també involucrats en l'assistència de l'embarassada, fossin els que redactessin, sobre la base dels anteriors, uns protocols pensats per a la realitat catalana...».

Algunes de les noves tecnologies, de les quals hem parlat abastament en capítols anteriors, han contribuït a augmentar aquesta dependència tecnològica i a allunyar les dones usuàries de la possibilitat de tenir veu en aquest procés. Un exemple podem trobar-lo en el cas de l'ecografia; com hem mencionat, alguns estudis<sup>767</sup> suggereixen que la pràctica rutinària d'ecografies en l'embaràs normal no millora els resultats perinatals; Narotzky (1995) suggereix que aquesta pràctica suposa un augment del control per part dels professionals sanitaris del procés de l'embaràs, i una conseqüent pèrdua de control per part de l'embarassada, ja que els seus propis punts de vista subjectius són automàticament apartats i descartats per altres molt més científics. Tanmateix, la visió clínica actual del fetus com a pacient tendeix a crear una visió mèdica i social que configura una oposició ideològica entre la dona i el seu propi fetus, fet que es conceptualitza en l'expressió del conflicte maternofetal.<sup>768</sup>

---

<sup>767</sup> Vid. Bricker, L., Neilson, J.P., Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation); *The Cochrane Library*, Issue I (2004), (en línia), consulta 24 de març de 2004, disponible a: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabst/AB001451.htm>. També es pot consultar: Grandjean, H., Larroque, D., Levi, S., *op.*, *cit.*

<sup>768</sup> El conflicte matern fetal es defineix quan els interessos de la dona, segons el punt de vista de la mare, entren en conflicte amb els interessos del fetus, segons el punt de vista del professional sanitari. Vid. Fasouliotis, S.J., Schenker, M.D., Maternal-fetal conflict; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89(2000) pp.101-107, on els autors ho defineixen d'acord amb la següent formulació: "Maternal-fetal conflict occurs when the pregnant woman's interests, as she defines them, conflict with the interests of the fetus, as defined by the woman's physician".



Com ja hem esmentat, algunes veus s'han oposat a aquesta forma d'actuació i cada vegada més es demanda una forma d'atenció sanitària en el procés procreatiu que tingui en compte la veu de les mateixes usuàries i que prevegi una atenció personal i unes cures i atencions més humanitzades.

En aquest sentit, diferents serveis nacionals de salut han elaborat documents i recomanacions que conviden a una atenció sanitària al procés procreatiu que converteixi la dona en la vertadera protagonista del procés assistencial. En el document sobre *Estrategia de atención al parto normal*<sup>769</sup> en la introducció es reconeix:

«Tot i que l'atenció al part en el nostre Sistema Nacional de Salut es desenvolupa amb criteris de seguretat i qualitat similars als dels països del nostre entorn, són els aspectes de calidesa, participació i protagonisme de les dones en el procés del part sobre els quals hi ha un sentiment generalitzat de necessitat de millora. És aquest l'objectiu substancial d'aquesta estratègia».

Tanmateix, el mateix document refereix que les dones usuàries dels serveis sanitaris d'assistència al naixement podran participar de forma activa, en la presa de decisions, si disposen de la informació adequada i suficient sobre les millors pràctiques que hi ha per obtenir els millors resultats.<sup>770</sup> Segons el mateix document serà aquest coneixement el que permetrà que les dones puguin

---

<sup>769</sup> Soria, B., *Prólogo a Estrategia de atención al parto normal*; p. 3. “Aunque la atención al parto en nuestro Sistema Nacional de Salud se desarrolla con criterios de seguridad y calidad semejantes a los de los países de nuestro entorno, son los aspectos de calidez, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto, sobre los que hay un sentimiento generalizado de necesidad de mejora. Ese es el objetivo sustancial de esta Estrategia”

<sup>770</sup> *Íbid.*, p. 33. Aquest document fa esment a la realitat multicultural que porta a tenir en consideració les cultures i circumstàncies de les que provenen les dones embarassades, així com les dificultats de comunicació existents per tal de poder oferir una informació apropiada. Tanmateix, les dones amb discapacitats han de rebre una informació adaptada a les seves capacitats físiques, intel·lectuals o sensorials.

consensuar amb els professionals les conductes i cures a seguir, seleccionant-les d'acord amb les seves preferències. Es fa necessari, per tant, un procés d'apoderament de les dones que les capaciti per tal de poder viure el seu procés procreatiu com a autèntiques protagonistes d'aquest.<sup>771</sup>

---

<sup>771</sup> El *National Institute for Health and Clinical Excellence*, en el regne Unit acaba de publicar una guia d'atenció prenatal que preten com a objectiu fonamental una atenció centrada en la pròpia dona, en la que es reconeix que els punts de vista, desitjos i valors de la dona, la seva parella i la seva família en relació a tot allò referent a la seva atenció i a la del seu bebé ha de ser sollicitats i respectats tot el temps. Vid. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care. *Routine care for the healthy pregnant woman*, *National Institute for Health and Clinical Excellence*; Londres, 2008, p.7.

## 2. Aportacions del feminisme a la filosofia moral. L'ètica de tenir cura i l'ètica de la responsabilitat

La publicació l'any 1982 de la monografia de Carol Gilligan *In a different voice* aportà a la teoria moral tradicional allò que s'anomenà *l'experiència moral de les dones*. L'obra de Carol Gilligan no pretenia només l'exigència de reconeixement de la competència moral de les dones,<sup>772</sup> sinó que pretenia també

---

<sup>772</sup> Carol Gilligan en la seva obra seleccionà una mostra de dones per a realitzar un estudi de la relació entre el judici i l'acció en una situació de conflicte moral i elecció. Des de la seva experiència, com a psicòloga i docent, Gilligan observà certs problemes recurrents en la interpretació del desenvolupament moral de les dones, a més d'un problema metodològic important en els estudis previs realitzats en els que les dones hi eren sistemàticament excloses. Gilligan partí de l'observació de que la major part dels estudiosos del desenvolupament moral, entre ells Kohlberg, Piaget, Erikson..., havien construït les seves teories a partir d'estudis de recerca en els que només havien inclòs nois i homes, excloent, així, la diferent sensibilitat femenina, per acabar deduint, d'aquests anàlisis parcials, que les dones són "moralment inferiors". L'objectiu de Gilligan consistí en obtenir, en el camp del desenvolupament humà, una representació més clara del desenvolupament de les dones, per tal de comprendre alguns dels aparents enigmes que presenta, especialment els relacionats amb la formació de la identitat de les dones i el seu desenvolupament moral a l'adolescència i l'edat adulta. Gilligan pretengué descriure "la veu present en les relacions de tenir Cura de" i per a fer-ho realitzà un estudi empíric amb dones i nenes. Aquesta veu present en "tenir Cura" no es fonamenta en la primacia i universalitat dels drets humans, sinó en un fort sentit de la responsabilitat. Segons l'estudi de Gilligan, les dones majoritàriament consideren la moral en termes de responsabilitats en els processos de tenir cura derivades de les relacions establertes amb els altres, mentre que els homes acostumen a definir la moral en termes de drets i justícia. Gilligan distingeix dos tipus de relacions i dos tipus de reflexió moral: la ètica de tenir Cura i l'ètica dels drets i la justícia. Això no significa que cada un d'aquests models quedi automàticament determinat pel sexe de l'individu, ni que totes les dones o tots els

penetrar en l'entramat dels fonaments últims de la tradició moral occidental des de Plató i Aristòtil fins a l'actualitat. La tradició kantiana i lliberal concep les relacions en tant que contractuals i establertes entre iguals que són éssers independents, recíprocament desinteressats i autònoms. L'obra de Gilligan afegeix la crítica d'una pretensió d'imparcialitat que desconeix les concrecions contextuais a les quals estem units els éssers humans, especialment en allò referent a la nostra naturalesa encarnada. La teoria de Gilligan fa èmfasi en la importància de certs trets presents en les relacions interpersonals com són la compassió, la pietat, la fidelitat, el discerniment contextualitzat i l'amor; tots aquests trets s'engloben en el concepte general de *tenir cura*. El terme *tenir cura* es refereix a aquesta preocupació pel compromís i el desig d'actuar en benefici de les persones amb les quals s'estableix relació i sobre les quals es té en compte la responsabilitat de les conseqüències de les accions. Un dels aspectes més interessants i atractius de les tesis de Gilligan és la seva idea de responsabilitat; per a Gilligan la responsabilitat:<sup>773</sup>

«...s'equipara amb la necessitat de resposta que sorgeix del reconeixement de altres compten amb nosaltres i que nosaltres ens trobem en situació d'ajudar».

---

homes parlin amb una mateixa veu moral; Gilligan més aviat considera que els homes tendeixen a usar una ètica dels drets basada en una terminologia quasi legal i en uns principis imparcials, així com en una ponderació i resolució desapassionada dels conflictes, mentre que les dones tendeixen més a usar una ètica de tenir Cura fonamentada en responsabilitats, que tenen en compte les necessitats dels altres, el tenir-ne cura i la prevenció de qualsevol dany conseqüent de les pròpies accions. Vid. Gilligan, C., *La Moral y La Teoría. Psicología del desarrollo femenino*; tr., castellà: Utrilla, J. J., México, Fondo de Cultura Económica, 1985. (Títol original, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*; Cambridge, Harvard University Press, 1982).

<sup>773</sup> *Íbid.*, p. 97 “se equipara la responsabilidad con la necesidad de respuesta que surge del reconocimiento de que otros cuentan con nosotros y que nosotros estamos en situación de ayudar”

Aquesta consciència de responsabilitat ens fa veure que la jerarquitització lògica de principis morals que resolen els conflictes mitjançant un impersonal sistema lògic és insuficient per donar resposta a la complexitat de la presa de decisions quan aquestes es contextualitzen i s'emmarquen en els vast sistema de relacions i contextos personals i es tenen en compte les possibles conseqüències de cadascun dels cursos d'acció.

Des de la nostra perspectiva la principal aportació de Gilligan als pressupòsits de l'ètica kantiana ha estat la seva capacitat de fer emergir la comprensió intersubjectiva de les relacions humanes i posar objeccions a l'individualisme moral. Aquesta presència de la subjectivitat i individualitat en les relacions humanes no pot oblidar-se en els contextos d'assistència sanitària. En el context d'atenció a l'embaràs i part ens trobem davant d'aspectes especialment sensibles de l'existència humana; la decisió de procreació no és un tema banal, per a cada dona i per a cada parella representa un moment únic i important de la seva existència; per tant, l'atenció a les relacions humanes i la comprensió de les subjectivitats esdevé un tema central.

Les aportacions de Gilligan han generat en la palestra feminista dos corrents diferenciats i contraris: un d'aquests entusiasta amb les seves tesis, que confirmen l'existència d'una visió ètica sepultada fins aleshores, la qual es relaciona de forma directa amb el punt de vista moral de les dones, mentre que el segon corrent es mostra horroritzat en el fet que la glorificació de l'ètica de *tenir cura* i la desatenció a la de la justícia ens acabi abocant de nou sota el domini patriarcal, que evidenciarà encara més el seu domini amb el vistiplau de les mateixes dones.

## 2.1. Les aportacions de Seyla Benhabib: l'altre generalitzat i l'altre concret

Seyla Benhabib se centra en la teoria de Gilligan, especialment en la controvèrsia generada a partir de la formulació de l'ètica de tenir cura, i es pregunta: Què pot aportar el feminisme a la filosofia moral?<sup>774</sup> Benhabib reconeix que Gilligan fa palesa la distinció entre *l'ètica de la justícia i els drets* i *l'ètica de tenir cura i de la responsabilitat*; la qual cosa permet una millor explicació del desenvolupament moral de les dones. El judici moral de les dones és més contextual, es troba més immers en els detalls de les relacions i les narratives i mostra una major propensió a adoptar el punt de vista de l'altre particular; a més, les dones semblen més proclius a manifestar els sentiments d'empatia i simpatia que això exigeix. Per a Benhabib, la teoria de Gilligan permet demostrar que la contextualitat, narrativitat i especificitat del judici moral de les dones no constitueix un signe de debilitat ni de deficiència en el desenvolupament moral, sinó que el respecte envers les necessitats de l'altre i la col·laboració i reciprocitat per tal de satisfer-les esdevenen el sostrat del creixement i el desenvolupament moral. Però, a més, per a Benhabib, l'ètica de tenir cura de Gilligan posa de manifest que tot un ampli domini de l'activitat humana: la nutrició, la reproducció, l'amor i la cura durant el desenvolupament de la societat burgesa i moderna s'excloueren de les consideracions polítiques i morals, i es relegaren a l'àmbit de la naturalesa. El *self* autònom es constituí de forma desarrelada i descontextualitzada; la imparcialitat moral es definí en base a l'aprenentatge de reconeixement de les demandes de l'altre en tant que reconeixement d'aquest com un altre exactament igual que un mateix; l'establiment d'un sistema públic de drets constituí la millor forma d'arbitrar el

---

<sup>774</sup> Vid. Benhabib, S., *El otro generalizado y el otro concreto: La controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista* a Benhabib, S., Cornella, D., *op. cit.*, pp. 119-168.

conflicte en la societat pública moderna; però en aquesta construcció l'experiència de la dona moderna no hi obtingué lloc. La dona passà a ser senzillament allò que els homes no eren; és a dir no eren autònomes ni independents, i per això mateix no eren competitives sinó generoses, no eren públiques sinó privades. El món de la dona es constituí en base a una sèrie de negacions. Senzillament es definí en base a allò que no era. La seva identitat es definí per la mancança: manca d'autonomia, manca d'independència. Les dones en el pensament modern foren relegades a l'àmbit de la naturalesa, a l'interior de la llar. L'esfera pública es convertí en l'esfera de la justícia, mentre que l'esfera privada constitutiva del domini de tenir cura es convertí en l'esfera íntima, estàtica i atemporal.

Davant aquesta dicotomia, Seyla Benhabib descriu dos concepcions de les relacions *self-altre* que delimiten tant les perspectives morals com les estructures interaccionals. Benhabib denomina a la primera el punt de vista de *l'altre generalitzat* i a la segona el de *l'altre concret*.<sup>775</sup> Aquestes dues perspectives reflecteixen les dicotomies i escissions de l'inici de la teoria política i moral modernes entre autonomia i nutrició, independència i vinculació, entre públic i domèstic, i més àmpliament entre justícia i vida bona.

“El punt de vista de l'altre generalitzat ens demanda a considerar a tots i cadascú dels individus com a éssers racionals, amb els mateixos drets i deures que desitjaríem concedir-nos a nosaltres mateixos. En assumir aquest punt de vista fem abstracció de la individualitat i la identitat concreta de l'altre. Suposem que l'altre, igual que nosaltres, és un ésser amb necessitats, desitjos i afectes

---

<sup>775</sup> Benhabib pren el terme “altre generalitzat” de George Herbert Mead, però la seva definició difereix de la formulada per aquest. Mead definí l'altre generalitzat en el seu llibre *Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, de la següent forma: “l'altre generalitzat” com a: “La comunitat o grup social organitzat que li don a l'individu la unitat del self pot ser denominat com “l'altre generalitzat. L'actitud de l'altre generalitzat és l'actitud de la comunitat com un tot”. *Íbid.*, p. 135.

concrets, però el que constitueix la seva dignitat moral no és allò que ens diferencia, sinó més aviat allò que en tant que éssers racionals que parlem i actuem tenim en comú. La nostra relació amb l'altre és regida per les normes de la *igualtat formal i la reciprocitat*... Les normes de les nostres interaccions són fonamentalment públiques i institucionals... Les categories morals que acompanyen aquestes interaccions són el dret, l'obligació i els drets consuetudinaris, i els sentiments morals corresponents són el respecte, el deure, el mèrit i la dignitat.

El punt de vista de l'altre concret, pel contrari, ens demanda a considerar a tots i cadascú dels éssers racionals com a individus amb una història, una identitat i una constitució afectivoemocional concreta. Quan assumim aquest punt de vista fem abstracció d'allò que constitueix el comú. Intentem comprendre les necessitats de l'altre, les seves motivacions, saber què busca i quins són els seus desitjos. La nostra relació amb els altres és regida per les normes *d'equitat i reciprocitat complementàries*... En aquest cas, les nostres diferències es complementen en lloc d'excloure's mútuament. Les normes de la nostra interacció solen ser privades, no institucionals. Són normes d'amistat, amor i cura... Les categories morals que acompanyen aquestes interaccions són la responsabilitat, la vinculació i la col·laboració. Els sentiments morals corresponents són l'amor, la cura i la simpatia i la solidaritat.<sup>776</sup>

---

<sup>776</sup> *Íbid.*, p. 136. “El punto de vista del otro generalizado nos demanda considerar a todos y cada uno de los individuos como seres racionales, con los mismos derechos y deberes que desearíamos concedernos a nosotros mismos. Al asumir este punto de vista hacemos abstracción de la individualidad y la identidad concreta del otro. Suponemos que el otro, al igual que nosotros mismos, es un ser con necesidades, deseos y afectos concretos, pero que lo que constituye su dignidad moral no es lo que nos diferencia a unos de otros, sino más bien lo que nosotros, en tanto que agentes racionales que hablan y actúan, tenemos en común. Nuestra relación con el otro es regida por las normas de *igualdad formal y reciprocidad*... Las normas de nuestra interacción fundamentalmente son públicas e institucionales...Las categorías morales que



Per a Benhabib ignorar el punt de vista de l'altre concret porta a incoherències epistèmiques en les teories morals universalistes, ja que l'altre és construït en base a una total abstracció de la seva identitat. Les diferències no són negades, però es converteixen en irrellevants quan se subsumeixen sota l'altre generalitzat. La identitat de cadascú no es defineix només en el potencial de fer eleccions, sinó a la realitat d'aquestes eleccions, és a dir, a com jo, en tant que individu finit, concret i incardinat conformo d'acord amb les circumstàncies del meu naixement i de la meva identitat familiar, lingüística, cultural i de gènere una narració coherent que es converteix en la història de la meva vida. El *self* es converteix en el protagonista de la història de la meva vida.

La distinció que efectua Benhabib entre l'altre generalitzat i l'altre concret no és prescriptiva sinó crítica. La seva formulació de l'altre concret esdevé un concepte crític que delimita els límits ideològics dels discurs universalista. Benhabib defensa una ètica que permeti reconèixer la dignitat de l'altre generalitzat mitjançant el reconeixement de l'altre concret.

Benhabib està d'acord amb Gilligan que condemnar al silenci aquests aspectes del *self* mantenen l'opressió de les dones en privatitzar i excloure de la teoria moral una esfera central de la vida. Benhabib defensa que tal com ha argumentat la segona onada del Moviment Feminista, tant a Europa com als Estats Units, per tal d'entendre i combatre l'opressió de les dones no és suficient

---

acompañan a tales interacciones son el derecho, la obligación y los derechos consuetudinarios, y los sentimientos morales correspondientes son respeto, deber, mérito y dignidad.

El punto de vista del otro concreto, por el contrario, nos demanda considerar a todos y cada uno de los seres racionales como un individuo con una historia, una identidad y una constitución afectivo-emocional concretas. Al asumir este punto de vista hacemos abstracción de lo que constituye lo común. Intentamos comprender las necesidades del otro, sus motivaciones, qué busca y cuáles son sus deseos. Nuestra relación con el otro es regida por las normas de *equidad y reciprocidad complementaria*... En este caso nuestras diferencias se complementan en lugar de excluirse mutuamente. Las normas de nuestra interacción suelen ser privadas, no institucionales. Son normas de amistad, amor y cuidado...Las categorías morales que acompañan a tales interacciones son responsabilidad, vinculación y colaboración. Los sentimientos morales correspondientes son amor, cuidado y simpatía y solidaridad.”

exigir l'emancipació política i econòmica de les fèmnes; sinó que també és necessari qüestionar les relacions psicosexuals de les esferes privades en la qual es desenvolupa la seva vida. Cal un desemmascament dels símbols que perpetuen els rols de gènere, essent un d'aquests l'ideal d'autonomia concebut a imatge d'un ego masculí, desarrelat i desencarnat. Per a la teoria moral, les necessitats, tant com les emocions i els afectes es converteixen en meres propietats dels individus que no s'atreveix a examinar, sobre la base que poden interferir en l'autonomia del *self sobirà*. Benhabib aspira a una visió integradora de dones i homes en tant que altres generalitzats, així com altres concrets.

### **2.1.2. La incorporació del jo concret i del tenir cura en l'assistència al naixement**

En aquests moments, tal com hem esmentat, hi ha interès a recuperar una atenció més humanitzada en l'assistència al naixement que faci de la dona la verdadera protagonista del procés; aquest interès en el retorn a una assistència més propera es tradueix en moltes ocasions en un refús a qualsevol tecnificació de l'assistència com a sinònim d'atenció despersonalitzada i opressiva; hem argumentat i explicat àmpliament com aquest procés de tecnificació efectivament es va acompanyar d'una despersonalització de l'assistència a causa que l'excel·lència professional es mesurava exclusivament en base a una competència tècnica encaminada a l'obtenció de bons resultats obstètrics. El punt de mira dels professionals sanitaris es concentrava exclusivament en un úter gestant que oblidava la dona que n'era la portadora.

La maternitat esdevé avui en dia una elecció i la dona que ha escollit la maternitat reclama que sigui escoltada durant el procés d'atenció sanitària. La maternitat ha deixat de ser la vocació universal i l'opressió que denunciava Simone de Beauvoir, quan reclamava una emancipació de les servituds

biològiques per tal que la dona arribés a esdevenir un ésser per a si mateixa. La majoria de les feministes actuals pretenen una situació de poder per a les dones, entenent aquest poder com *apoderament*, és a dir com a presa de consciència del jo i de les eleccions personals, sense prepotència sobre els homes ni tampoc sobre els fills. Les dones reivindiquen des de fa anys aquest tipus de poder.

La responsabilitat de les dones en tots els afers relacionats amb la reproducció és especialment gravosa, per l'alta responsabilitat que implica; per tant, és a les dones a qui correspon un paper decisiu en l'anàlisi de les noves tecnologies i de les conseqüències socials que aquestes comporten, això ha de voler dir una participació activa en l'àmbit del debat públic.

La humanització de l'assistència i la concessió del protagonisme a la usuària implica necessàriament una atenció que prevegi els principis bioètics de justícia, beneficència, no-maleficència i autonomia; a més, si considerem que l'embaràs i el part quan es desenvolupen sense complicacions esdevenen processos fisiològics, llavors el principi d'autonomia esdevé central en el model assistencial; ja que la dona com a usuària del sistema no es pot convertir en protagonista, si no té capacitat de prendre les seves pròpies decisions informades; però aquesta autonomia cal que es defineixi en base a aquest *apoderament* i des de la perspectiva del *self relacional*.

En aquest moment proliferen protocols i guies d'assistència que fan èmfasi en aquesta atenció personalitzada i humanitzada, però el pas de la guia o el protocol d'atenció a la situació concreta, en la pràctica clínica diària no és un procés fàcil ni senzill.

L'aplicació sense més dels principis bàsics de guies i protocols sense contextualitzar l'escenari concret i les històries personals pot arribar a produir desengany i escepticisme en les qüestions assistencials del dia a dia. El coneixement dels principis bioètics no comporta automàticament la capacitat de resoldre situacions quotidianes: és més important respectar l'autonomia d'una dona que decideix fumar durant l'embaràs o cal, sota el principi de beneficència, prohibir que ho faci pel bé del futur nadó? Què succeeix si la idea de vida bona

d'un professional el porta a creure que cal evitar el naixement d'un bebè afectat per una cromosomopatia, però discrepa amb la idea del bé d'una dona embarassada, que tot i que s'ha volgut practicar les proves de diagnòstic prenatal, quan sap que el fetus es troba afectat per una cromosomopatia no vol interrompre l'embaràs?

Davant d'un cas concret no n'hi ha prou en l'aplicació directa dels principis bioètics, sinó que ens cal l'aplicació del pensament crític per tal de contextualitzar els principis i interpretar-los d'acord amb cada situació. Aquest moment crític necessita, la consideració de la dona usuària dels serveis sanitaris com un jo concret portador d'una determinada història de vida; aquesta comprensió i contextualització de l'altre amb tot allò que aporta no es pot realitzar si no s'adopta una actitud de cura i atenció. La incorporació del tenir cura esdevé, per tant, objectiu fonamental de la relació clínica en general i de la relació assistencial en l'atenció a embaràs i naixement, en particular. Reconèixer la usuària en la seva complexitat, adoptant una actitud compromesa i establint-hi un diàleg personalitzat es converteix en una cosa fonamental. L'acte assistencial és inseparable de l'art de la paraula,<sup>777</sup> un art que per a molts professionals és vist encara com una pèrdua de temps. La pràctica assistencial, doncs, esdevé un equilibri entre l'aplicació de les guies i els protocols assistencials i la seva contextualització al cas concret mitjançant l'ús del diàleg i l'argumentació, establerts en base a un reconeixement de la connexió mútua. D'aquesta forma s'aconseguirà una vertadera autonomia en la presa de decisions; aquesta autonomia esdevé una autonomia relacional, que neix del diàleg i la interacció entre usuàries i professionals.

---

<sup>777</sup> Camps, V., *La voluntat de viuir*; Barcelona, Ariel, 2005, p. 163.

### **2.3. L'autonomia relacional i els diferents models de relació assistencial**

La possibilitat de concretar aquesta autonomia relacional en el procés assistencial a embaràs i naixement és factible en el context de la consulta clínica d'atenció a l'embaràs. El seguiment de l'embaràs normal s'efectua mitjançant consultes periòdiques, en les quals esdevé una relació assistencial continuada i un context comunicatiu entre professional i usuària, que es va consolidant al llarg de les successives cites assistencials. És durant aquestes visites que s'efectua la informació i l'assessorament en tots aquells aspectes propis de la gestació i és també en el marc d'aquesta relació assistencial quan s'ha d'elaborar el Pla de naixement. Per tant, ens cal aprofundir en el model de relació assistencial que s'ha de desenvolupar per establir una relació assistencial que permeti la corresponsabilització en la determinació del curs preferent d'acció i en el qual la dona embarassada, com a usuària del sistema sanitari, pugui responsabilitzar-se de les seves decisions i de les conseqüències d'aquestes.

Emanuel & Emanuel s'han interrogat sobre els diferents models de relació possibles entre metge (professional sanitari) i pacient.<sup>778</sup> Emanuel & Emanuel presenten quatre models assistencials: el paternalista, l'informatiu, l'interpretatiu i el deliberatiu. Els autors analitzen els quatre models.

En el model paternalista el professional sanitari actua com a tutor del pacient, determinant i posant en pràctica allò que es considera el millor per a ell, des de la perspectiva mèdica; evidentment aquest model de la relació assistencial no té en compte l'autonomia de la persona, és a dir la seva capacitat de determinar el millor curs d'acció d'acord amb les seves pròpies conviccions i els seus propis valors. El reconeixement de l'autonomia dels pacients ha desestimat completament el model paternalista, excepte en aquells casos en què

---

<sup>778</sup> Emanuel, E. J., Emanuel, L.L., *op.*, *cit.*, pp. 109- 126.

la urgència clínica fa necessària que el professional determini el millor curs d'acció d'acord amb els criteris clínics.

El reconeixement social, durant les últimes dècades, de la sobirania del pacient ha encaminat l'evolució de la relació assistencial cap a un model informatiu. La proliferació de cartes de drets dels pacients i de documents de consentiment informat han portat la pràctica assistencial cap a un model de caire informatiu. Són nombrosos els autors i els professionals que consideren aquest model com a fred i impersonal. El model informatiu fa èmfasi en el moment informatiu i proclama una clara distinció entre els fets i els valors. Els valors del pacient són coneguts i es troben perfectament definits; el pacient desconeix els fets. En aquest model l'obligació del professional es limita a subministrar informació tècnica i professional basada en la millor evidència disponible. En aquest model el diàleg, el consens i la coresponsabilitat en l'elaboració del pla d'acció no hi són presents. La decisió correspon a la usuària, i aquesta ha de prendre les seves decisions en solitari, mesurant la informació rebuda amb les seves creences i valors. En el model informatiu la vessant humana del professional sanitari no presenta cap valor; no hi ha lloc per a la comprensió dels valors del pacient per part del professional o per a l'establiment d'empatia o coresponsabilitat; el professional es converteix en un simple subministrador d'experiència tècnica i informació sanitària. En aquest model la professionalitat es defineix en base a un coneixement biològic i tècnic acompanyat de característiques de caràcter del tipus: imparcialitat, capacitat de treball en equip, adaptabilitat...; en canvi, característiques pròpies de l'habilitat en les relacions interpersonals tals com l'amabilitat, l'empatia cap al sentir de l'altre, o la receptivitat, no són importants per tal de poder desenvolupar una atenció de qualitat. Si d'acord amb Emanuel & Emanuel<sup>779</sup> assumim que les persones acostumen a presentar dubtes relacionats amb el curs d'acció a seguir, que no sempre tenen clars els seus valors i sobretot que no estan entrenats en la forma

---

<sup>779</sup> *Íbid.*, p. 121.

de materialitzar-los en la presa de decisions; el model informatiu se'ns presenta com a insuficient; més encara quan ho apliquem a l'àmbit de l'atenció procreativa, on podem trobar-nos, com hem vist anteriorment, que l'elecció en solitari entre les diferents opcions possibles pot dur a les futures mares a eleccions il·lògiques.

Si considerem que en la presa de decisions en l'atenció a l'embaràs i el naixement la dona necessita d'un procés assistencial en el qual la deliberació i el diàleg han de ser fonamentals, llavors ens cal optar per un model de relació de tipus interpretatiu o deliberatiu.

En el model interpretatiu el professional, igual que en el model informatiu, posa a disposició de la usuària la informació tècnica i sanitària disponible relacionada amb el procés incloent indicacions, riscos i beneficis de cada intervenció o elecció, però en aquest model el professional sanitari ajuda el pacient a aclarir i articular els seus valors, i a determinar quina intervenció mèdica desenvolupa millor, ajudant-lo d'aquesta forma a una millor interpretació dels seus propis valors. Aquest model parteix del supòsit que els valors del pacient no són estables ni són sempre ben coneguts i de vegades poden entrar en conflicte quan són aplicats a contextos i situacions concretes. Per tant, s'estableix un treball conjunt per tal de reconstruir els objectius, aspiracions i responsabilitats del pacient. El professional concep la vida del pacient com un tot discursiu des del qual determina els seus valors i prioritats; però és sempre el pacient qui pren la decisió; el professional actua només com a conseller. En aquest model el professional no és limita a informar, com en el cas anterior, sinó que a més incorpora el pacient en un procés global d'anàlisi. L'autonomia del pacient s'entén aquí com una autocomprensió; el professional ajuda el pacient a que es conegui millor i d'aquesta forma pot determinar quines opcions s'ajusten millor a la seva pròpia identitat. Aquest model incorpora, doncs, la inclusió de les preferències de les usuàries, avança cap al nou model de presa de decisions informades. En aquest model el professional sanitari mai jutja els valors del pacient; l'ajuda a comprendre'ls i a actualitzar-los en el context sanitari. El

professional sanitari desenvolupa un paper consultiu; l'objectiu final consisteix a aconseguir que el pacient arribi a conèixer més clarament qui és, quins són els seus valors i preferències i com les diferents opcions o cursos d'acció s'acomoden a la seva personalitat. Per a Emanuel & Emanuel l'especialització tècnica dels professionals dificulta que aquests desenvolupin les habilitats necessàries per tal de poder aplicar aquest model assistencial.<sup>780</sup> A més, en aquest model no hi cap la persuasió respectuosa, aspecte fonamental quan es pretenen accions preventives; un exemple el podem trobar en el cas de la determinació de l'HIV durant el control de l'embaràs.

Per a Emanuel & Emanuel el model ideal de relació entre professional sanitari i pacient és el model deliberatiu, reconeixen que el respecte a l'autonomia del pacient requereix que els individus puguin formar-se una actitud crítica en front dels seus propis valors i preferències, cal que els pacients determinin, després de la reflexió, si aquests valors són acceptables i si són els més adequats per tal de justificar les seves accions.<sup>781</sup> Per tant, el procés de reflexió integral propi del model deliberatiu és essencial per tal de desenvolupar l'autonomia del pacient entesa sota aquesta perspectiva. En el model deliberatiu l'objectiu final de la interacció entre professional i pacient es troba en el fet d'ajudar el pacient a determinar i a triar entre tots els valors relacionats amb la salut, i que poden desenvolupar-se en un acte clínic, aquells que són els millors. Entre els objectius del professional cal incloure la indicació de per què alguns valors són més adequats, és a dir tenen més importància. En aquest model la informació constitueix un primer pas del procés, però després el professional entra en un diàleg amb l'usuari. Professional i usuari han d'entrar en una deliberació conjunta sobre els valors relacionats amb la salut, és a dir aquells valors que afecten o són afectats pel procés sanitari en curs. En aquesta deliberació conjunta el professional pot aconsellar, però és sempre el pacient qui

---

<sup>780</sup> *Íbid.*, p. 120.

<sup>781</sup> *Íbid.*, p. 122.



ha de determinar, en última instància qui defineixi la seva vida i seleccioni l'ordre dels valors a assumir. L'autonomia del pacient es concep des d'aquest model com a desenvolupament moral. Aquest model portat a l'extrem compromet professional sanitari i pacient en una deliberació conjunta sobre quin tipus de valors relacionats amb la salut ha de buscar el pacient. Aquesta deliberació no pot portar el professional més enllà de la persuasió moral, és imprescindible evitar la coacció; ja que sempre ha de ser el pacient qui determini el curs d'acció. A més, cal que el professional només analitzi aquells valors que es troben relacionats amb el camp de la salut i no aquells altres que pertanyen a l'àmbit de la moralitat personal, però que no tenen una clara rellevància en el procés assistencial. En aquest model el professional sanitari actua com un amic o com un mestre comproment el pacient en un diàleg sobre quin tipus d'acció seria la millor.<sup>782</sup>

En el cas que ens ocupa, en la determinació dels cursos d'acció en l'atenció a l'embaràs i el part, creiem d'acord amb Emanuel & Emanuel que el model deliberatiu es mostra el més adequat per a la decisió en totes aquelles pràctiques sanitàries i tecnologies que vénen justificades per una evidència científica clara (és a dir en les quals els beneficis superen clarament els perjudicis),<sup>783</sup> on d'acord amb les recomanacions de Chevernak i McCollough (2005), el professional té una obligació clara de recomanar-les al pacient, intentant fins i tot una persuasió respectuosa. Més complex resulta la deliberació quan les demandes no es fonamenten en una indicació clínica clara, com per exemple en casos de voler una inducció del part per causes no mèdiques o en la sol·licitud d'una cesària a demanda; són els casos en què les peticions es

---

<sup>782</sup> Per a un millor coneixement dels Quatre models proposats per Emanuel & Emanuel i la seva aplicació al nostre context es pot consultar: Broggi, M., C., Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica; *Med. Clin.*, 121(2003)18, pp. 705-709, així com, i també del mateix autor: Broggi, M., A., El consentimiento informat en la clínica i els seus documents; *Bioètica & debat: Tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica*, 2(1997)8, pp. 1-3.

<sup>783</sup> Aquest punt ja s'ha tractat abastament en l'apartat 3 d'aquesta segona part. Vid., pp. 331-334.

justifiquen des de la perspectiva de les preferències, els valors o fins i tot els condicionants socials de les usuàries. En aquests casos el moment interpretatiu cobra importància, però tanmateix cal una deliberació, que fins i tot pot allargar-se al llarg de diferents cites assistencials, per tal de no caure en un fals paternalisme que ens porti a voler interpretar els valors de la pacient de forma equivocada. Emanuel & Emanuel reconeixen que diferents models de relació assistencial poden ser apropiats segons les circumstàncies clíniques.<sup>784</sup> Hem vist al llarg d'aquestes pàgines que en aquests moments la possibilitat d'elecció no sempre deixa clar que una opció presenti clars beneficis en front d'una altra, com pot ser el cas de l'elecció entre diferents tipus de tècniques per a l'alleugeriment del dolor; en aquest cas el model interpretatiu podria ser adequat per tal que la pacient realitzés eleccions lògiques i racionals i no caigués en contradiccions, però en tots els casos el diàleg i la deliberació hi han de ser presents.

### **2.3.1. La confiança com a fonament de la relació assistencial**

Camps (1995)<sup>785</sup> agrupa aquests quatre models i els classifica en tres: el paternalista (on el metge es converteix en un pare o mare per al pacient), el contractual (on s'enfronten les autonomies del metge i de la pacient, i la relació es concreta en una transacció on cada part defensa els seus interessos) i el fiduciari (on es dóna una relació de confiança que comporta obligacions per a les dues parts). Aquesta classificació presenta un clar avantatge per als nostres propòsits, ja que engloba els models interpretatiu i deliberatiu en un únic model, el fiduciari en el qual pren protagonisme la confiança.

---

<sup>784</sup> *Íbid.*, p. 121.

<sup>785</sup> Camps, V., *op.*, *cit.*, p. 184.

La manca de confiança entre pacient i professional sanitari ha marcat intensament les relacions assistencials. Les males praxis, el mercantilisme, la despersonalització i l'especialització han conduït a una relació de desconfiança creixent envers els professionals sanitaris. Com hem fet esment en les pàgines precedents aquest procés ha estat especialment intens en les pràctiques sanitàries d'atenció al naixement; on la medicalització i la tecnificació s'han acompanyat d'una despersonalització i deshumanització de l'assistència que ha conduït a una reivindicació cada cop més intensa d'un nou model assistencial més humanitzat, en el qual l'atenció sanitària es tingui en compte com una pràctica individualitzada en la qual la dona sigui considerada com un ésser portador de dignitat i mereixedor de respecte i atenció. Aquestes demandes, com també hem explicat abastament, han relacionat aquesta deshumanització amb la tecnificació i, per tant, una atenció més acurada s'ha relacionat amb una atenció menys tecnificada.

Creiem important en aquest punt alertar que aquesta afirmació no es pot acceptar sense més i ens cal un qüestionament de la situació: podem imaginar-nos una dona que ingressa a l'hospital perquè es troba en treball de part; la rep la llevadora de guàrdia, quan la dona arriba la llevadora compleix estrictament amb el protocol i aplica totes aquelles mesures previstes en el Pla de naixement: condueix la dona a una sala de dilatació, on pot disposar de pilotes, banyera d'aigua calenta, etc.; efectua una auscultació de la freqüència cardíaca del fetus i pren les constants clíniques a la dona; periòdicament entra a l'habitació i va controlant el benestar del fetus mitjançant auscultacions periòdiques de la freqüència cardíaca fetal i anota, en el partograma, el progrés de la dilatació; ens trobem davant d'una assistència no medicalitzada, respectuosa amb la fisiologia del procés de dilatació, però no podem classificar aquesta relació com *humanitzada*; difícilment s'establirà una relació de confiança entre la llevadora i la dona o la seva parella.

La confiança implica cooperació, la confiança ha de ser mútua i la relació de confiança si bé es fonamenta en raons és fonamentalment un sentiment. Un

interlocutor que sap mirar als ulls, que no demostra impaciència i que s'interessa per l'altre inspira confiança. La competència clínica, per si mateixa, no esgota el terme professionalitat. Davant de situacions de vulnerabilitat, el clínic ha de respondre, ha de mirar als ulls de l'interlocutor; no es pot establir una relació de confiança sense un reconeixement de la subjectivitat de l'altre que és recollit com un "jo concret" i davant del qual s'adopta una actitud d'empatia i compromís. Aquest compromís es defineix des de la confiança mútua entre les dues parts. Cal, per tant, una actitud responsable i compromesa des de les dues parts: professional i usuàries.

### ***2.3.1.1. El Pla de naixement i la presa de decisions en l'atenció sanitària al part***

El Pla de naixement s'ha pensat com una resposta a les demandes d'una millor qualitat en l'atenció al part i una atenció més personalitzada, que a més de tenir en compte la privacitat, superi la medicalització creixent que hi ha que ha convertit el part en un fet patològic. Considerem, però, que aquesta millor qualitat i aquesta atenció personalitzada no ha de vincular-se de forma inequívoca a la superació de la medicalització; per a certes dones una atenció medicalitzada, que no ha d'implicar deshumanització en el tracte personal i professional, pot satisfer els seus objectius, definits d'acord amb els seus propis valors, i el professional ha de comprometre's en un diàleg i en una deliberació, des del respecte, per tal d'arribar a establir un curs d'acció en el qual la usuària se senti responsable de les eleccions i decisions adoptades.<sup>786</sup>

---

<sup>786</sup> Si s'acaba imposant una assistència no medicalitzada per a tots els casos, perd vigència la necessitat d'eleccions informades i l'establiment d'un curs d'acció personalitzat.

A més, cal considerar que el Pla de naixement s'emplena al llarg de les visites de seguiment de l'embaràs, i que el diàleg s'estableix entre la dona gestant i el personal d'atenció primària, però l'aplicació pràctica de les eleccions informades documentades en el Pla de naixement es farà en la sala de dilatació i en la sala de parts hospitalàries; per tant, el nombre de professionals implicats en el procés es multiplica. La dona embarassada pot establir una adequada relació de confiança amb el professional sanitari que li doni atenció en les consultes ambulatories durant el seguiment de l'embaràs, però aquesta mateixa relació es mantindrà amb el personal de sala de parts? Per mantenir aquesta relació de confiança al llarg de tot el procés assistencial, la comunicació i coordinació entre els diferents àmbits d'atenció esdevé un factor imprescindible. La possibilitat d'una relació fiduciària, en la qual la confiança esdevingui un factor clau, només es pot desenvolupar quan hi ha una comunicació; entesa aquesta tant entre professional i usuària, com entre els diferents nivells assistencials. Comunicació, que no vol dir obligatòriament comunitat de creences. És cert que quan no hi ha una comunitat de creences morals, la confiança entre estranys és més difícil i qüestionable; però la relació de confiança en la relació assistencial actual s'ha de construir sobre el pluralisme i la diferència.<sup>787</sup>

---

<sup>787</sup> Camps, V., *op., cit.*, pp. 188-189.



# Conclusions





## 1. Les eleccions informades en l'atenció sanitària al naixement

Embaràs i naixement són processos fisiològics en la vida de la dona, però com hem comentat, constitueixen moments crítics en les històries de vida de cada una de les protagonistes: a l'inici del segle XXI, embaràs i naixement constitueixen encara una important causa de mort per a mares i nadons en les zones pobres del planeta, especialment a l'Àfrica Subsahariana;<sup>788</sup> però mentre en aquests entorns disposar d'un professional coneixedor de les pràctiques elementals d'assistència al part resulta excepcional, en els països de l'Occident desenvolupat, afortunadament, la mortalitat associada al procés procreatiu ha arribat a xifres molt baixes.

Tenir un fill constitueix una elecció personal molt significativa per a les dones i les seves parelles en els països desenvolupats, i no només es demana que embaràs i naixement constitueixin experiències segures en termes de salut, sinó que també es desitja que contribueixin a la realització personal dels futurs pares i, per tant, es demana i fins i tot s'exigeix que aquestes siguin satisfactòries.

En l'Occident desenvolupat l'atenció sanitària a la procreació, a l'inici de segle XXI, constitueix un espai de confluència de drets i deures, però també

---

<sup>788</sup> Vid. Organización Mundial de la Salud, *Objetivos de Desarrollo del Milenio*; disponible a: <http://www.who.int/mdg/es/>. Consulta 19/01/2009.

implica un escenari en el qual es donen relacions significatives i s'exerceixen pressions socials que construeixen l'entramat ideològic on es defineixen i es dibuixen les imatges de la dona, com a mare, i de l'embrió, com a pacient; a banda, cal considerar també les pressions econòmiques que emmarquen la realitat assistencial.

Com hem explicat àmpliament en els capítols anteriors, els models d'assistència són variats. Diferents formes de donar assistència a embaràs i naixement s'acompanyen de resultats molt similars en termes de salut. Aquesta assistència pot donar-se seguint unes pautes que s'ajusten a un model naturalista o bé poden adequar-se més a un model tecnificat. Acollir-se a l'un o l'altre no pressuposa un augment significatiu del risc de complicacions per a la mare o per al nadó; a més, com hem argumentat àmpliament les possibilitats no s'esgoten en dos models separats, la variabilitat en les combinacions de diferents tècniques i procediments permeten que l'atenció a la maternitat en l'Occident desenvolupat del segle XXI es converteixi en una activitat que cal contextualitzar i adaptar a cada cas i a cada circumstància.

Davant d'aquesta realitat s'imposa la necessitat de donar una atenció personalitzada, però prèviament ens cal un ampli coneixement de la realitat social de la maternitat en cada context, necessiten conèixer i tenir en compte la veu de les usuàries per tal de poder definir de forma àmplia i comprensiva unes cures contextualitzades que considerin la persona des d'una perspectiva holística. S'ha fet camí en els últims anys en aquesta direcció,<sup>789</sup> com ja hem comentat, diferents serveis nacionals de Salut han elaborat documents i recomanacions que conviden a una atenció sanitària al procés procreatiu que

---

<sup>789</sup> El panorama s'ha modificat substancialment durant el període en que l'autora d'aquest treball ha estat elaborant-lo. A l'any 2003, quan vaig finalitzar els cursos de doctorat, el model d'atenció tecnificat, centrat en els resultats obstètrics, era la norma; mentre que en aquests moments i com ja hem comentat àmpliament des de la major part de les institucions polítiques es fa èmfasi en la necessitat d'elaborar i implantar models d'assistència a embaràs i naixement que tinguin en compte la veu de les dones i que es centrin en la calidesa de les relacions assistencials.

converteixi la dona en la verdadera protagonista del procés assistencial; però perquè això sigui una realitat cal treballar encara en diferents direccions.

En primer lloc, considerem que cal mirar des del punt de vista d'aquelles veus que han estat silenciades, que no estan acostumades a responsabilitzar-se per tal de prendre decisions d'una forma autònoma, lliure i conscient: les dones, com hem vist, s'han situat al marge dels centres de presa de decisions, les dones embarassades encara han tingut menys audiència. En aquests moments, algunes veus de dones, des dels moviments associatius s'han constituït en grups de pressió,<sup>790</sup> per tal de fer-se sentir i tenir influència en l'elaboració de les polítiques sanitàries d'assistència al procés procreatiu; però aquestes veus, tot i fonamentals, no són representatives del conjunt de la població que accedeix a la maternitat. En aquest sentit, seria desitjable conèixer l'impacte que sobre les dones tenen les diferents actuacions i canvis en aquests models assistencials; s'imposa una epidemiologia feminista que investigui en aquest sentit. En el camp de la recerca, hi ha una particular preocupació, dins dels moviments feministes, en contra de la naturalesa empírica i quantitativa de la tradició positivista. Aquesta posició és lògicament conseqüent amb una de les principals reclamacions del feminisme: donar veu a les dones, conèixer l'experiència femenina des de la perspectiva de les mateixes usuàries. A primera vista sembla que hi ha una enorme coincidència entre l'èmfasi a donar veu a les dones i les estratègies metodològiques de recerca proposades per la sociologia interpretativa (interaccionisme simbòlic, etnometodologia, fenomenologia, etc.).<sup>791</sup> La tradició interpretativa emfatitza la importància de recuperar el punt de vista dels actors, així com la seva pròpia definició de la situació en què es troben

---

<sup>790</sup> Podem destacar associacions com "El parto es nuestro", que han exercit una forta pressió i han aconseguit influir en les polítiques sanitàries.

<sup>791</sup> Aquesta tradició sociològica sorgí com a reacció en contra de la rigidesa dels paradigmes "objectius" (estructural-funcionalisme, algunes versions del materialisme històric i diversos abordatges empiristes). Vic: Castro, R.P., Bronfman, M. P., Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión; *Cad. Saúde Púb*, jul/set, 1993, Rio de Janeiro, 9(3), pp. 375-394.

involucrats, però si les propostes feministes es limitessin a recuperar els mètodes de la sociologia interpretativa, llavors caldria concloure que el feminisme no ha aportat res de nou en metodologia de la recerca. Quan s'usen tècniques qualitatives com entrevistes en profunditat, grups focals..., s'estableix una relació asimètrica entre la persona entrevistadora i la persona entrevistada; en aquesta relació es dóna un domini del primer sobre el segon; ja que l'investigador o investigadora té com a objectiu obtenir informació de la persona entrevistada; per tal d'acomplir amb aquest objectiu es tendeix a esquivar les preguntes de la persona entrevistada, per tal de seguir endavant amb els objectius de l'entrevista. Algunes autores<sup>792</sup> qüestionen aquesta forma objectiva d'entrevistar en la qual se suposa que la persona entrevistadora no s'ha d'involucrar emocionalment amb la persona entrevistada per tal de no perdre validesa i/o qualitat de la informació, i defensen que l'entrevista en l'àmbit de la recerca qualitativa ha de tenir lloc en un escenari en què la relació igualitària sigui un fet i on s'assumeixi que ambdós participants tenen alguna cosa a aprendre. No involucrar-se emocionalment en el procés de recerca per tal d'estalviar biaixos pot comportar resultats obtinguts en un context antinatural, qüestionables per tant des del punt de vista de la validesa. Aquesta forma igualitària i compromesa implica una relació de confiança que millora el coneixement de les vivències, necessitats i satisfacció de les dones, però no esgota la construcció d'aquesta epidemiologia feminista; ja que el coneixement i estudi d'una gran quantitat de fenòmens socials com les tendències demogràfiques i econòmiques o els canvis macrosocials necessiten d'altres metodologies de la recerca, fins i tot quantitatives, que contribueixin a visualitzar i comprendre tots aquells aspectes de l'atenció i la relació assistencial que passen desapercibuts.

En segon lloc i com a punt fonamental cal fer èmfasi en l'educació. Una educació globalitzadora que s'ocupi dels professionals, però que no s'acabi en ells; la ciutadania, les dones que arriben a la maternitat han de ser objecte també

---

<sup>792</sup> *Íbid.*, p. 382.

d'aquests objectius educacionals. Parlem d'una educació no dogmàtica, personalitzada i evidentment respectuosa amb la diferència i no portadora de veritats absolutes. Una educació ètica, des de l'escola, que assumeixi responsabilitats per tal de preparar persones capacitades per afrontar eleccions responsables, persones amb poder de decisió davant el complex entramat de les situacions socials actuals; per fer-ho cal desenvolupar valors com la llibertat responsable i la consciència crítica, i sobretot la capacitat de deliberació. Aquest èmfasi en la deliberació democràtica hauria de fixar-se com a objectiu una incentivació perquè la ciutadania s'involucrés en una discussió dels assumptes públics, com els dels tipus d'atenció sanitària en matèria de salut, i també en matèria de salut reproductiva.

Si l'escenari que hem dibuixat es basa en un àmbit social la realitat ens mostra que cada embaràs i cada part haurà de ser atès en la pràctica assistencial concreta i és en aquesta on s'hauran de prendre les decisions i fer front als possibles dilemes; la realitat sanitària del segle XXI obliga els professionals a assumir una major responsabilitat i una ampliació d'allò que s'entén com *professionalitat*, és a dir, a una nova definició de les competències professionals. Entre les quals s'incloguin les capacitats ètiques i comunicatives.

El naixement, que abans constituïa un fet quotidià, s'ha convertit actualment en un fet allunyat i que forma part de la pràctica social. Com és conegut, l'assistència al naixement s'ha institucionalitzat dins des hospitals al llarg del segle XX, aquest fet sumat a la disminució del nombre de fills ha ocasionat una pèrdua de contacte amb la realitat biològica de la reproducció; moltes de les dones que actualment són mares per primera vegada no han tingut cap contacte previ amb nadons, ni amb embarassades, i per a elles el procés d'embaràs i naixement constitueix una experiència nova i desconeguda davant de la qual es troben indefenses. Els cursos d'educació maternal que s'oferten a les dones embarassades, des del sistema sanitari, constitueixen l'escenari idoni on aprofundir en els coneixements envers la maternitat i on desenvolupar i potenciar aquesta consciència crítica, aquestes capacitats

dialògiques, que donin poder a les dones, per tal de poder prendre les seves decisions de forma autònoma i responsable.

## **2.- La definició de les competències professionals en els projectes formatius**

Hem elaborat un raonament que ens permet contemplar la maternitat com un moment transcendent i vulnerable en el que la dona embarassada necessita d'un professional competent al seu costat, però aquesta competència en la relació assistencial ha d'inscriure's en un àmbit relacional en el que la confiança s'imposi.

Evidentment i, com ja hem explicat, és desitjable una capacitat de la ciutadania i especialment de les dones en la presa de decisions informades, però, si només ens fonamentem en l'autonomia en la presa de decisions, entesa com una pràctica que la dona, un cop ben informada, exerceix en solitari o acompanyada de la seva parella, ens aboquem cap una atenció impersonal, en la qual pretenem que una informació objectiva, rigorosa i sobretot neutral permeti a una dona (que contempla la maternitat com un fet nou) que pugui prendre decisions fonamentals. La relació assistencial i les decisions informades s'han d'afrontar en un context relacional en el que la confiança s'imposi.

En aquests moments els professionals sanitaris que atenen a les dones al llarg del seu embaràs i part són altament competents. El professional sanitari<sup>793</sup> ha d'assolir durant la seva formació un coneixement profund de la matèria

---

<sup>793</sup> Quan ens referim a professional sanitari ho fem pensant en les llevadores però, el mateix es pot aplicar a la resta de professionals implicats en l'atenció al naixement (obstetres, metges generalistes i especialistes i infermeres)

d'estudi pròpia de la seva especialitat; actualment es fa èmfasi també en la necessitat d'actualització constant, que s'haurà d'anar desenvolupant al llarg de la praxi professional per tal de mantenir-se al dia en el coneixement de les millors evidències disponibles en qüestions medicosanitàries. Tanmateix es fa necessari un coneixement de la salut pública i de les polítiques de salut i la resposta adequada al context més ampli del sistema sanitari, incloent l'organització de l'atenció i la pràctica d'una atenció amb una bona relació cost-benefici, amb un adequat coneixement de l'economia de la salut i de la ubicació dels recursos. Però això, essent molt important, no és suficient per tal de mantenir una relació assistència de qualitat que permeti el correcte desenvolupament de l'assistència en el procés procreatiu.

Els coneixements en bioètica, el desenvolupament de les qualitats morals necessàries per tal de mantenir una actitud de "tenir cura" i un tracte adequat, compassiu i de reconeixement de "l'altre concret" són fonamentals per tal d'afrontar les diferents situacions que es presentin.<sup>794</sup> El professional ha d'intentar una relació d'igualtat en la que s'estableixi una aliança i en la que es promogui el seu interès i la seva capacitat d'actuació com a defensor del pacient. Però per tal d'aconseguir que la relació de confiança es materialitzi ens cal encara avançar més i cal formació i expertesa en comunicació. Les habilitats comunicatives, per tal de poder establir una relació fluida de diàleg bioètic, han d'adquirir un lloc preponderant en els currículums formatius dels professionals sanitaris especialistes en l'assistència a l'embaràs i el part. Són les habilitats interpersonals i les habilitats de comunicació les que han de garantir el intercanvi

---

<sup>794</sup> Correspon als docents l'ensenyament de l'ètica i de la recerca, però aquest ensenyament manté la necessitat de contextualització a la realitat social en la que s'han de prendre les decisions, per tant resulta imprescindible el coneixent dels condicionants legals i polítics, que impliquen principis o valoracions que necessiten ser coneguts, analitzats i discutits des de l'ètica. Vid: Boladeras, M., *Ética y Biopolítica*; a Román, B., Palazzi, C., (ed.), *Hacia una sociedad responsable: reflexiones desde las éticas aplicadas*; Barcelona, Prohom Ed., 2006, pp. 231-242.



efectiu de comunicació amb les dones a nivell individual i també amb les seves parelles i famílies.

La medicina i l'atenció sanitària, a inicis de segle XXI, s'han convertit en una empresa plural amb multitud d'interessos i agents, l'ètica professional consegüentment ha d'adaptar-se a aquestes circumstàncies. Tot i la importància de la relació personal i fiduciària establerta en el si de la consulta entre la dona embarassada i el professional sanitari, no podem negar que l'assistència sanitària al naixement en aquests moments implica una atenció en la que hi intervenen nombrosos agents; les habilitats comunicatives resulten essencials per tal de poder desenvolupar un treball efectiu en equip amb la resta de professionals sanitaris així com amb la comunitat científica i amb el públic.

Tanmateix actualment molts dels centres assistencials són també centres formatius de nous professionals; les funcions de supervisor, formador i professor en relació a altres col·legues i estudiants requereix també del desenvolupament de competències relacionals i comunicatives. Aquesta formació implica tasques de supervisió i assessorament regular en la que el professional en formació ha de tenir accés al consell educatiu; el model de relació entre professional sènior i junior s'hauria d'entendre no només en termes de transmissió de coneixements i habilitats sinó també com a model per tal que el nou professional s'endinsés en el model relacional a desenvolupar amb les usuàries.

Tot el que s'ha dit implica que algunes matèries que actualment són considerades complementàries en la formació acadèmica i professional han de convertir-se en transversals i s'han d'incloure en els objectius d'aprenentatge que es fixen en les definicions de competències quan es pensen els currículums formatius. El biaix biòlogista i quantitativista de la majoria de professionals sanitaris acostuma a orientar a professionals i professors cap a una sobrevaloració de totes aquelles matèries vinculades amb la fisiologia i la patologia, mentre que aquelles altres vinculades amb el coneixement ètic, les habilitats relacionals i comunicatives i fins i tot la metodologia de la recerca, quan allò a estudiar no inclou aspectes mesurables de forma objectiva i quantitativista

són contemplades com matèries de segon ordre. Aquest biaix es manté en les noves promocions de professionals que interioritzen els models apresos. Ens cal doncs un canvi i una reflexió amplia i profunda sobre el que vol dir la professionalitat i la forma de plantejar els nous currículums formatius.

# **Bibliografia**



## Bibliografia Primera Part:

- ABU BARK MUHAMMAD IBN ZAKARIYYA AL RAZI. RHAZÉS., (1979): *Libro de la introducción al arte de la medicina o Isagoge*; tr., castellana e introducció Vázquez de Benito, M. C., Salamanca, Ediciones de la Universidad de Salamanca. Instituto Hispano-árabe de cultura.
- ALEXANDRE-BIDON, D., CLOSSON, M., (1985): *L'enfant a l'ombre des cathédrales*; Lyon, Presses Universitaires de Lyon
- ARISTÒTIL, (1994): *Reproducción de los animales*; Madrid, Biblioteca clásica Gredos.
- AVERROES, (1984): *Comentarios a Galeno*; tr., castellana Vázquez de Benito, M<sup>a</sup>. C., Salamanca, Ediciones Cervantes.
- BOGUÑA, J.M., (1998) : A cavall entre dos segles. El resorgiment a Catalunya de l'Obstetricia i la Ginecologia; a Carrera, J.M., *Història de l'obstetricia i ginecologia catalana*; Barcelona, Fundació Uriach.
- BOURGEOIS, L., (1609) : *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondité, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveaux-nés*; París, Côté-femmes ed, 1992.
- BYNUM, W., F., (1998) : Médecine et société; a Grmek, M. D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme à la science moderne*; Tome 3, París, Éditions du Seuil., pp. 295-318.

- CABRÉ, M., ORTIZ, T., (1984): *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria.
- CABRÉ, M., (1996): *La cura del cos femení i la medicina medieval de tradició llatina. Els tractats "De ornatu" i "De decorationibus mulierum" atribuïts a Arnau de Vilanova, "Tròtula" de mestre Joan, i "Flos de tresor de beutat", atribuït a Manuel Dieç de Calatayud*; tesi doctoral, Barcelona, Publicacions Universitat de Barcelona.
- CABRÉ, M., (1999): Hildegarda de Bingen y la paráctica de la autoridad; *DUODA Revista d'Estudis Femnistes*, 16, pp. 81-95.
- CARBÓ, D., (1541): *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*; ed. García Gutiérrez, D., Zaragoza, Anubar ediciones, 2000.
- CARLSON, B., M., (2005): *Embriología humana y biología del desarrollo*; Madrid, Elsevier.
- CARRERA, J. M., (1998): *Història de l'obstetricia i ginecologia catalana*; Barcelona, Fundació Uriach.
- DEAN-JONES, J., (1994): *Women's bodies in classical Greek Science*; New York, Oxford University Press.
- DEBUS, A. G., (1997): La médecine chimique; a Grmek, M., D., *Histoire de la pensée médicale en Occident, De la Renaissance aux Lumières*; Tome 2. París, Editions du Seuil, pp. 37-59.

- DE MAITRE, L., (1996): *Arnaldi de Vilanova. Opera medica prima*; vol IV, ed. García Ballester, L., i R. McVaugh, M, pref. a la ed., catalana Gil-Sotres, P., Barcelona, Fundació Noguera i Universitat de Barcelona.
- DRONKE, P., (1995): *Las escritoras de la Edad Media*; trad., castellana Ainaud, J., Barcelona, Crítica (Grijalbo Mondaroni S.A.)
- DUNN, P. M. (1998): Eucharius Rösslin (c 1470-1526) of Germany and the rebirth of midwifery; *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, Ed., 79, pp. 77-78.
- EHRENREICH, B., ENGLISH, D., (1973) *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras*; tr., castellana Bofill, M. i Lengua, P., Barcelona, La sal.
- FLECHA, C., (2001): La educación de la mujer según las primeras doctoras en medicina de la universidad española, año 1882; a Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria. pp. 217-250.
- FERNÁNDEZ, M<sup>a</sup>. C., (2006) Breve historia de las matronas españolas (1400-1950); *Temperamentum*, 3. Disponible on line: <http://www.index-f.com/temperamentum /tn3/ t6136.php>. Consulta 2 de desembre de 2006.
- FERNANDEZ DEL CASTILLO, I., (2004): Por qué parir en España es traumático, *El Mundo*; 2 de mayo de 2004. Disponible on line: <http://www.durga.org.es/webdelparto/porquparirenespaestraumtico.htm>. Consulta 3 de juliol de 2007.

- FERRE, L., (2003): Avicena Hebraico: La traducción del Canon de Avicena; *MEAH, sección Hebreo 52*, pp. 163-182.
- FONAY, S., (1992): Las mujeres entre finales del siglo V y finales del siglo X; a Duby G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres en Occidente. La Edad Media*; Madrid, Taurus, pp. 207-245.
- FOUCAULT, M., (1972): *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*; 10ª ed., tr., castellà Perujo F., México, Siglo XXI.
- FRAISSE G., PERROT M., (1993): *Introducción*; a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres en Occidente. Siglo XIX*; Madrid, Taurus, pp. 11-17.
- GARCÍA BALLESTER, L., (1981): Arnau de Vilanova (1240-1311) y la reforma de los estudios médicos en Montpellier (1309): El Hipócrates latino y la introducción del nuevo Galeno; *Dynamis*, Vol. 2, p. 97-158.
- GARCÍA BALLESTER, L., PANIAGUA, J.A., McVAUGH, M.R., (1996): *Arnaldi de Vilanova. Opera medica prima vol. X*; ed. García Ballester, L., i McVaugh M. R., pref. a la ed., catalana Gil-Sotres, P., Barcelona, Fundació Noguera i Universitat de Barcelona.
- GÉLIS, J., (2001): La individualización del niño; a Ariès, P., i Duby, G., *Historia de la vida privada. Del Renacimiento a la Ilustración*; tr., castellà Martín, Mª. C.; Madrid, Santillana Ediciones.
- GÉNESIS a *Sagrada Biblia*; tr., castellana Nácar, E., i Colunga, A., Madrid, Biblioteca de autores cristianos, 1967, 22ª ed.



- GIMÉNEZ, J. A., (2002): En el sesquicentenario de Cajal: Averroes y el Sistema Nervioso; *Revista Española de Patología*, 35, 4, pp. 561-570. Disponible on line: <http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen35/vol35-num4/35-4n30.htm>. Consulta 2 de juny de 2006.
- GIRALT, S., (2002): *Arnau de Vilanova en la impremta renaixentista*; Manresa (Barcelona), Publicacions de l'arxiu de ciències de la salut.
- GONZÁLEZ, R., (1984): *Rhazes y Avicena en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense*; Madrid, Editorial de la Universidad Complutense.
- GONZÁLEZ MERLO, J., DEL SOL, J.R., (1985): *Obstetricia*; Barcelona, Salvat.
- GREEN, M., (2001): En busca de una "Auténtica" medicina de mujeres: Los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegada de Bingen; a Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII a XX*; Barcelona, Icaria, pp. 27-54.
- GRMEK, M. G., (1999): *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*; Tome 2, París, Éditions du Seuil.
- GUERRA, F., (1988): *Historia de la medicina*; Madrid, Ediciones Norma.
- HIGGINS, L. F. (1997): Cronohistoriografía de la anestesiología; *Anestesiología mexicana en Internet. Disponilbe on line*: <http://www.anestesia.com.mx/histor2.html>. Consulta 31 d'abril de 2007.

HIPÓCRATES., *Tome XI. De la génération, de la nature de l'enfant, des maladies IV, du foetus de huit mois*; tr., francès i notes Joly R., Paris, Société d'édition "Les belles Lettres", 1970.

HIPÓCRATES., *Tratados hipocráticos IV. Tratados ginecológicos, sobre las enfermedades de las mujeres, sobre las mujeres estériles, sobre las enfermedades de las vírgenes, sobre la superfetación, sobre la excisión del feto, sobre la naturaleza de la mujer*, int. Ochoa Anadón J.A., Tr., castellà i notes Sanz Mingote L., Madrid, Gredos, 1988.

HIPÓCRATES., *Sobre la generación*; a *Tratados Hipocráticos VIII*; Int., Tr., castellà i notes De la Villa J., Rodríguez M. E., Cano, J., Rodríguez I., Madrid, Ed. Gredos, 2003.

JACQUART, D., (1993) : *La scolastique médicale*; a Grmek, M., D., *Histoire de la pensée médicale en Occident, Antiquité et Moyen Age*; Tome 1, Paris, Editions du seuil, pp. 175-210.

JUAN, M., (1993); *La creación del nacimiento, Medicalización de la reproducción*; tesis Doctoral, Universitat de Barcelona.

LAGET, M., (1982); *Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique*; Paris, Éditions du Seuil.

LAÍN ENTRALGO, P., (1982): *La medicina hipocrática*; Madrid, Alianza editorial.

LAQUEUR, T., (1990): *La construcción del sexo; cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*; Madrid, Cátedra, colección feminismos, 1994,

- LAURENT, S., (1989): *Naître au moyen age. De la conception a la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII –XV siècle)*; Paris, Le léopard d'or.
- LIPPMANN, A., (1991): Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities; *American Journal of Law and Medicine*, 18, pp. 15-50.
- LITTRÉ, E., (1839-1861) : *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, 10 vol; Paris, J.B. Baillière.
- LORENZO, J., (1996): *Hildegarda de Bingen (1098-1179)*; Madrid, Ediciones del Orto.
- LOZANO, M., (2000): *Imágenes de la maternidad*; Madrid, Rio Henares.
- MANULI, P., (1980): Fisiologia e patologia del femminile negli scritti ippocratici dell'antica ginecologia greca; en Grmek, M.D. *Hippocratica actes du Colloque hippocratique de Paris*; 4-9 septembre 1978, Paris, Éditions du Centre national de la recherche scientifique.
- MAURICEAU, F., (1740) : *Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées*; Tome premier, 7<sup>a</sup> édition, Paris, Compagnie des Libraires.
- MIRKO, D.G., BERNABEO, R., (1997): La machine du corps; a Grmek, M., D., *Historie de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*; Tome 2, Editions du seuil, Paris, pp. 7-36.

- NALDA, M. A., (1995): *Anestesia en la paciente obstétrica de alto riesgo*; Barcelona, Hospital Clínic i Provincial, Departamento de Anestesiología y Reanimación.
- NESTLE, W., (1944): *Historia del espíritu griego; desde Homero hasta Luciano*; Barcelona, Ariel, 4 ed, 1984.
- O'DOWN, M. J., i PHILIPP E.E., (1994): *Historia de la ginecología y obstetrícia*; Barcelona, Edika Med.
- OLIVE, F., (1992): Prefaci; a Bourgeois L., *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondite, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instructions à ma fille*; 1609. París, Côté-femmes éditions.
- OPITZ, C., (1990): Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1250-1500); a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres. La Edad Media*; 1992, Tr., castellà García Ohlrich, C., i Galmarini, M., A., Madrid, Taurus, pp., 321-395.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (2005): Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos.
- ORTIZ, T., (1996): La educación de las mujeres en la Europa Moderna ¿Liberación o subordinación?; a Segura, C., *De leer a escribir I. La educación de las mujeres: ¿Libertad o subordinación?*; Madrid, Instituto de Investigaciones Feministas.

ORTIZ, T., (1996): Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía; *Dynamis*, 16, pp. 109-120.

PARACELSUS., (1989): *Obras completas. Libro de los Prólogos, Libro de las Entidades, Libro de las Paradojas. Causa y origen de las enfermedades*; trad., castellà i estudi preliminar Lluesma-Uranga, E. Barcelona, Edicomunicación.

PARACELSUS., (1996): *De Matrice*; trad., castellà Nofre, M., Barcelona, mra, Creación y Realización Editorial, S.L.,

PARÉ, A., (1953): *Textes Choisis de Ambroise Paré*; int. i estudi preliminar Delaurelle, L., i Sendrail, M., París, Société les belles lettres.

PÉREZ SELDEÑO, E., (2003): Las mujeres en la historia de la ciencia; *Quark*, 27, pp. 60-71.

PETIT, P., (1717): *Cuestiones generales sobre el modo de Partear, y cuydar à las Mugerres, que estàn embarazadas ò Paridas*; Torrelavega, Asociación Española de Matronas, 2006. (Edición facsímil del ejemplar de la Biblioteca Histórica de la Universidad Complutense de Madrid)

PIQUER, R. M. (1997): Introducció a Hildegarda de Bingen; *Llibres de les obres divines*; Barcelona, Editorial Proa. pp. 7-45.

PLATÓ., (1988): *La República*; Int., Fernández-Galiano, M., Tr., castellana Pabón, J.M., i Fernández-Galiano, M., Madrid, Alianza Editorial.

- POMATA, G., (2001): Entre el cielo y la tierra: Las sanadoras de Bologna en el siglo XVI; a Cabré, M., i Ortiz, T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; tr., castellana Cabre, M., i Ortiz, T., Barcelona, Icaria, pp. 115-140.
- POSADA, L., (2000): De discursos estéticos, sustituciones categoriales y otras operaciones simbólicas; a Amoros, C., *Femnismo i Filosofía*; Madrid, Síntesis, pp. 231-254.
- PREMUDA, L., (1999): La naissance des spécialités; a Grmek, M. D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme à la science moderne*; Tome 3, París, Éditions du Seuil, pp. 253-269.
- PUIG, J., (1997): Averroes (1126-1198); Madrid, Ediciones del Orto.
- RIVERA, M. P., (1994): *Nombrar el mundo en femenino*; Barcelona, Icaria.
- ROUSSELLE, A., (1983): *Porneia del dominio del cuerpo a la privación sensorial*; tr., castellà Vigil, Rubio, J., Barcelona, Edicions 62.
- SAU, V., (1995): *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*; Barcelona, Icaria.
- SAUNIER, A., (1987): *Le visiteur, les femmes et les obstétrices, des paroisses de l'archidiaconé de Josas de 1458 à 1470*; a *Santé, médecine et assistance au Moyen Age*, 110<sup>ème</sup> congrès national des sociétés savantes de Montpellier, section d'histoire médiévale et de philologie, Paris, pp. 43-64.

- SCHIPPERGES, H., (1987): *El jardín de la salud*; tr., castellana Presas, M., Barcelona, Editorial Laia.
- SHERIDAN, B., (2001): De parto: La medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois; a Cabre M., Ortiz T., *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*; Barcelona, Icaria Editorial. (Versió original inglesa: At Birth: The Modern State, Modern Medicine, and the royal midwife Louise Bourgeois in Seventeenth-Century France; *Dynamis*, 1999, 19, pp 145-166.
- SILES, J., (1999): *Historia de la Enfermería*; Alicante, Colegio Oficial de Enfermería de Alicante i Aguaclara Editorial.
- SORÀ D'ÉFES., (1956): *Ginecologia*; tr, anglès i introducció Temkin, O., Baltimore, The Johns Hopkins Press.
- TERMES, J., ALCOLEA, S., CASASSAS, J., LLUCH, E., (1991): *La Universitat de Barcelona*; Barcelona, Edicions de la Universitat de Barcelona.
- TERRE, C., (1997): La matrona en España. Historia de una profesión. Anexo a la edición española; a Towler, J., Bramall, J., Comadronas en la historia y en la sociedad; Barcelona, Masson., pp. 373-383.
- TOWLER, J., BRAMALL, J., (1986): *Comadronas en la historia y en la sociedad*; tr., castellà Lozano, M.D., Masson, Barcelona.
- TRÖHLER, U., (1999): L'essor de la cirurgia; a Grmek, M. D., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme a la science moderne*; Tome 3, París, Éditions du Seuil, pp. 235- 251.

- UNESCO., (2006): *Avicena y la ética de la ciencia y la tecnología hoy en día*; París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- USANDIZAGA, M., (1944): *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*; Santander. Ed. Aldus.
- VALLÉS, J.M., BOSCH, A., (1997): *Sistemas electorales y gobierno representativo*; Barcelona, Ariel.
- VALLS, R., (2003): *Ética para la bioética y a ratos para la política*; Barcelona, Gedisa.
- VESALIUS, A., (1555): *De Humani Corporis Fabrica*; edició facsímil, Madrid, Organización Colegial de Enfermería de España.
- VEYNE, P., (2003): El Imperio Romano; a Ariès, P., i Duby, G., *Historia de la vida privada. Del Imperio romano al año mil*; 2ª ed, tr., castellà Pérez Gutierrez, F., Madrid, Santillana Editores.
- VINTRO, E., (1972): Introducció a Hipòcrates; a Hipòcrates, *Tractats mèdics I*; Barcelona, Fundació Bernant Metge.
- VINYOLES, M. T., (1988): *Condició social de les dones a l'edat mitjana*; Col·lecció de documents inèdits dels arxius de Barcelona, Barcelona, Publicacions de la Universitat de Barcelona.



## Bibliografía Segona Part:

- ABEL, F., (1994): Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: La decisión ética; a Gafo, J., (ed.) *Consejo genético: aspectos biomédicos e implicaciones ética*; Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, pp, 147-165.
- ABEL, F., DOMINGO, J., MARTÍNEZ-PEREDA, J. M., MATEU, S., COLL, C., GONZÁLEZ-MERLO, J., USANDIZAGA, R., VERGARA, F., ZAMARRIEGO, J., (2003): Recursos necesarios en la mejora de la salud pública en obstetricia y ginecología; *Pro Obstet Ginecol*, 46 (12), pp. 571-594.
- ABUELO, D. N. ET AL., (1991): Anxiety in women with low maternal serum alpha-fetoprotein screening results; *Prenatal Diagnosi*, 11, pp. 381-385.
- ALDERDICE, F., RENFREW, M., MARCHANT, S., ASHURST, H., HUGHES, P.M., BERRIDGE, G., ET AL. (1995): Labour and birth in water in England and Wales: survey report; *British Journal of Midwifer*, 3(7), pp. 376-382.
- ALFIREVIC, Z., DEVANE, D., GYTE, G.M.L., (2007): Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida); a *La Biblioteca Cochrane Plus*, nº 3, Oxford, Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>, última modificación 24 d' abril de 2006.

ALONSO, J.C., (1998): El floriment de la ginecologia a Catalunya. L'obra de Miquel A. Fargas; a Carreras, J.M., *Historia de l'obstetrícia i ginecologia catalana*; Barcelona, Uriach, pp. 77-94.

ÁLVAREZ\_NAVA, F., SOTO, M., PADRÓN, T., MORALES, A., VILLALOBOS, D., ROJAS DE ATENCIO, A., PRIETO, M., MARTÍNEZ, M.C., (2003): Cribado prenatal sérico materno para la detección de anomalías cromosómicas fetales: importancia clínica de los falsos positivos; *Invest. Clin*, 2003, 44(3).

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS., (1999): *Induction of Labor*, *ACOG Practice Bulletin 10*, Washington, DC, American College of Obstetricians and Gynecologists.

ANIM-SOMUAH, M., SMYTH, R., HOWELL, C.. (2008): Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida); a *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (Traduida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ASCH, A., (1995): Can Aborting Imperfect Children Be Inmoral?; A Arras, J., D., i Steinbock, B., *Ethical Issues in Modern Medicine*, Mountain View, California, Mayfield Publishing Company.

AUSÍN, J., ESCUDERO, M., DEL SOL, J.R., (2006): Placenta previa; a González-Merlo, J., Laila, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*; 5ª ed., Barcelona, Masson, pp. 529-548.

- BACH, C., SABRIÀ, J., (2001): Screening bioquímico de aneuploidías; a Pellicer, A., Simón, C., *Cuadernos de medicina reproductiva. Diagnóstico Prenatal*; Madrid, Ed. Médica Panamericana, pp. 51-73.
- BAILIE, C., SMITH, J., HEWISON, J., MASSON, J., (2000): Ultrasound screening for chromosomal abnormality: Women's reactions to false positive results; *Br J Health Psychol*, 5, pp. 377-394.
- BARTELS, D.M., LEROY, B., S., MCCARTHY, P., CAPLAN, A., L., (1997): Nondirectiveness in Genetic Counseling : A Survey of Practitioners; *American Journal of Medical Genetics*, 72, pp. 172-179.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., (1999): *Principios de ética biomédica*; 4<sup>a</sup> ed., Barcelona, Masson.
- BEEBE, L.A., RAYBURN, W.F., BEATY, C.M., ET AL. (2000): Indication for labor induction. Differences between university and community hospitals; *J Reprod Med*, 45, pp. 469-475.
- BEILIN, Y., FRIEDMAN, Jr, F., ANDRÉS, LA., HOSSAIN, S., BODIAN, CA., (2000): The effect of the obstetrician group and epidural analgesia on the risk for cesarean delivery in nulliparous women; *Acta Anesthesiol. Scand*, 44, p.959-964.
- BENACERRAF, B.R., FRIGOLETTO, F.D., LANE, A., LABODA, R.D.M.S., (1985): Sonographic diagnosis of Down syndrome in the second trimester; *Am J Obstet Gynecol*, 153, pp. 49-52.

- BENACERRAF, B.R., (2000): Should sonographic screening for fetal Down Síndrome be applied to low risk women?; *Ultrasound Obstet Gynec*, 15, pp. 451-455.
- BENHABIB, S., (1990): El otro generalizado y el otro concreto: La controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista; a Benhabib, S., Cornell, D., *Teoría Feminista y teoría Crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*; Tr., castellà Sánchez, A., Valencia, Edicions Alfons el magnànim.
- BENHABIB, S., CORNELL, D., (1990): Más allá de la política de género; a Benhabib, S., Cornell, D., *Teoría Feminista y teoría Crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*; Tr., castellà Sánchez, A., Valencia, Edicions Alfons el magnànim.
- BENSON, W., (2002): A Guest Editorial: Quo Vadis Cesarean Delivery?; *Obstetrical and Gynecological Survey*, 57(2), pp. 61-64.
- BERNHARDT, B.A., (1997): Empirical Evidence that Genetic Counseling is Directive:Where Do We Go from Here?; *American Journal of Human Genetics*, 60, pp. 17-20.
- BILBENY, N., (1997): *La revolución en la ética. Hábitos y creencias en la sociedad digital*; Barcelona, Anagrama.
- BILBENY, N., (2004): *Ética intercultural. La razón pràctica frente a los retos de la diversidad cultural*; Barcelona, Ariel.

- BLY, S., VAN DEN HOF, MC., DIAGNOSTIC IMAGING COMMITTEE, SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST OF CANADA., (2005): Obstetric ultrasound biological effects and safety; *J. Obstet Gynaecol Can*, Jun, 276, pp. 572-580.
- BOBROW, M., BLACKWELL, N., UNRAU, A.E., BLEANEY, B., (1971): Absence of any observed effect of ultrasonic irradiation on human khromosomes; *J Obst Gynaecool Br Commonwealth*, 78, pp. 730-736.
- BOGART, M.H., PANADIAN, M.R. JONES, O.W.,(1987): Abnormal maternal serum chorionic gonadotropin levels in pregnancies with fetal chromosome abnormalites; *Prenat Diagn*, 7, pp. 623-630.
- BOLADERAS, M., (1999): *Bioética*; Madrid, Editorial Síntesis.
- BOLADERAS, M., (2007): Vida, vida humana, vida digna; a *Logos. Anales del Seminario de Metafísica*, Universidad Complutense de Madrid, vol 40, pp. 91-116.
- BOLADERAS, M., (2008): *Consentimiento informado y diversidad cultural*; Fundació Grífols i Lucas, Barcelona.
- BONICA, J.J., MCDONALD, J,S.,(1990): The pain of chilbirth; a Bonica, J.J., *The management of pain*; Philadlphia, Lea & Febiger, 2<sup>a</sup> ed., pp. 1313-1343.
- BOST, B.W., (2003): Cesarean delivery on demand: what will it cost?; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(6), pp. 1418-1423.

- BRAMBATI, B., MACINTOSH, M.C.M., TEISNER, B., ET AL., (1993): Low maternal serum levels of pregnancy associated plasma protein A (PAPP-A) in the first trimester in association with abnormal karyotype; *Br J Obstet Gyneco*, 100 pp. 324-326.
- BRADY, A.F., PANDYA, P.P., YUKSEL, B., GREENOUGH, A., PATTON, M.A., NICOLAIDES, K.H., (1998): Outcome of chromosomally normal livebirths with increased fetal nuchal translucency at 10-14 weeks gestation; *J Med Genet*, 35(3): pp. 222-224.
- BRICKER, L., NEILSON, J.P., (2004): Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation); *The Cochrane Library*, Issue I (2004), disponible on line: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabst/AB001451.htm>. Consulta el 24 de març de 2004.
- BROGGI, M., A., (1997): El consentiment informat en la clínica i els seus documents; *Bioètica & debat: Tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica*, 2,8, pp. 1-3.
- BROGGI, M., C., (2003): Gestión de los valores "ocultos" en la relación clínica; *Med. Clin.*, 121,18, pp. 705-709.
- BURKE, B., M., KOLKER, A., (1994): Directiveness in Prenatal Genetic Counseling; *Women Health*, 22, pp.31-53.
- CABERO, LL., (1999): Avances en Diagnóstico Prenatal; Barcelona, ed., mayo.
- CAMMU, H., MARTENS, G., RUYSSINCK, G., AMY, J.J., (2002): Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study; *Am J Obstet Gynecol*, 186, pp. 240-244.

- CAMPS, V., (1988): *El siglo de las mujeres*; Madrid, Càtedra (Valencia), Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer.
- CAMPS, V., (2005): *La voluntad de vivir*; Barcelona, Ariel.
- CANICK, J.A., KNIGHT, G.J., PALOMAKI, G.E., HADDOW, J.E., CUCKLE, H.S., WALD, N.J., (1988): Low second trimestre maternal serum unconjugated oestriol in pregnancies with Down's syndrome; *Br J Obstet Gynaec*, 95, pp. 330-333.
- CAPLAN, A., (2000): *Eugenics and genetics*; Paper presented at Kings College, London, February 2000.
- CARCELLER, C., FUSTER, R., GUILERA, LL., (1998): La Casa de Maternitat de Barcelona. L'altra Càtedra de Barcelona; a Carreras, J.M., *Historia de l'obstetrícia i ginecologia catalana*; Barcelona, Uriach, pp. 135-141.
- CARRERA, J.M., (1997): *Diagnóstico prenatal*; Barcelona, Salvat.
- CARRERA, J.M., (2000): Efectos biológicos de los ultrasonidos, a Kurjak, A., Carrera, J.M., *Ecografía en medicina materno-fetal*; Barcelona, Masson, pp. 51-58.
- CARRERA, J.M., GALLO, M., LÓPEZ M., (2001): Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos, a Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Manual de asistencia al embarazo normal*; Madrid, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2ª ed., pp. 403-458.

- CATON, D., FRÖLICH, M.A., EULIANO, T.Y., (2000): Aesthesia for childbirth: Controversy and change; *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 186(5), pp. S25-S30.
- CHEVERNAK, M.D., MCCULLOUGH, L.B., (2005): An ethical critique of boutique fetal imaging: A case for the medicalization of fetal imaging; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192, pp. 31-33.
- CHEVERNAK, F.A., MCCULLOUGH, L.B., (2005): Ética médica; a Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*; Punta de Santa Fe, McGraw-Hill Interamericana, 9ª ed, pp. 1097-1113.
- CLARCKE, A., (1991): Is Non-Directive Counseling Possible?; *Lancet*, 338, pp. 998-1001.
- CLUETT, E.R., NIKODEM, V.C., MCCANDILISH, R.E., BURNS, E.E., (2008): Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto; (Revisión Cochrane traducida). A: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- CODI CIVIL ESPANYOL., *Llibre I, Títol II, Capítol Primer: De les persones naturals*, articles 29 i 30.
- COLEMAN, J.S., HUSÉN, T., (1989): *Inserción de los jóvenes en una sociedad en cambio*; Madrid, Narcea.
- COLLIÈRE, M. F., (1982): *Promover la vida*; tr., castellà Rodríguez, L., Madrid, McGraw-Hill/Interamericana en España.



COMITÉ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA (2007): *Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut*; Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

COMPARATIVE OBSTETRIC MOBILE EPIDURAL TRIAL (COMET) STUDY GROUP UK., (2001): Effect of low dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised control trial; *Lancet*, 358(9275), pp.19-23.

COSTA, D., SEGURANYES, G., (1998): Història de la formació de les llevadores a Catalunya, a Carreras, J.M., *Història de l'obstetricia i ginecologia catalana*; Barcelona, Fundació Uriach., pp. 180-183.

CRANE, J.P., LEFEVRE, M.L., WINBORN, R.C., ET AL, (1994): A randomized trial of prenatal ultrasonographic screening: Impact on the detection, management and outcome of anomalous fetuses; *Am J Obstet Gynecol*, 171, p. 392.

DEANS, A.C., STEER, P.H., (1995): Temperature of pool is important; *BMJ*, 31, pp: 390-391.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL., (2008): Disponible on line: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Helsinki2008.pdf>. Consulta 29 de març de 2009.

DECLERCQ, E., SAKALA, C., CORRY, M., APPLEBAUM, S., RISHER, P., (2002): *Listening to mothers; reprot of the first national survey of women's chilbearing experiences*; New York, Maternitiy Center Association/Harris Interactive.

- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPANYA., (2007): *Informe anual 2006*; Disponible on line: [http://www.defensordelpueblo.es/index.asp? destino=informes1.asp](http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes1.asp). Consulta 3 de gener de 2007.
- DE MIGUEL, J., DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C., (1979): *El mito de la inmaculada concepción*; Barcelona, Anagrama.
- THE NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMANS SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH., (1978): *Principis ètics i orientacions per a la protecció d'éssers humans en l'experimentació. Informe Belmont*. Disponible on line: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/spbioe14.htm>. Accés 25 de juliol de 2008.
- DEPARTMENT OF HEALTH., (2004): *Statistical Bulletin-NHS Maternity Statistics, England- 2003-2004*; London, Department of Health.
- DICKENSON, D.L., (2002): *Ethical issues in maternal-fetal medicine*; Cambridge, University Press.
- DI RENZO, G.C., O'HERLIHY, C.O., VAN GEIJN, H.P., COPRAY, F.J.A., (1992): Organization of perinatal care within the European community; *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 45, pp. 81-87.
- EBERLE, R.L., NORRIS, M.C.(1996): Labour analgesia. A risk-benefit analysis; *Drug Safety*, 14(4), pp.239-251.

- EMANUEL, E., EMANUEL, L., (1999): Cuatro modelos en la relación médico paciente; a Couceiro, A., *Bioética para clínicos*; Madrid, Triacastela, pp. 109-132.
- EVANS, M., I., ET AL, (1987): Establishment of a collaborative university-commercial maternal serum alpha-fetoprotein screening program: a model for a tertiary centre out-research; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156, pp. 1441-1449.
- FARRÁN, I., PÀMPOLS, T., (2000): Situación del cribado prenatal de defectos congénitos en España; *Prog Diag Prenat*, 12(5), pp. 232-245.
- FASOULIOTIS, S.J., SCHENKER, M.D., (2000): Maternal-fetal conflict; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, pp.101-107.
- FAYMONVILLE, M.,E., LAUREYS, S., DEGUELDRE, C., DELFIORE, G., LUXEN, A., FRANCK, G., ET AL. (2000): Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis; *Anesthesiology*, 92(5), pp. 1257–1267.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (FAME)., (2007): *Iniciava Parto Normal. Documento de Consenso*; FAME, Barcelona.
- FLASKSMAN, R.J., VOLLMAN, J.H., BENFIELD, D.G., (1978): Iatrogenic prematurity due to elective termination of the uncomplicated pregnancy. A major perinatal health care problem; *Am J Obstet Gynecol*, 132, pp. 885-888.

- FORADADA, C.M., (1997): *La cesarea en la presentación de nalgas y en el feto de bajo peso*; Ponencia presentada en el XVI Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Cádiz.
- FORADADA, C.M., GRIMAU, M., (2002): La cesárea ¿Demasiadas o demasiado pocas?; *Folia Clin. Obstet. Ginecol*, 33, pp. 6-47.
- FORADADA, C.M., (2006): Reflexiones sobre la cesárea; *Matronas Prof.*, 7(1), pp. 5-13.
- FORTUNY, A., (2003): Marcadores bioquímicos de cromosomopatías; a Cabero, L., (ed), *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 1009-1023.
- FRASER, N., (1990): ¿Qué tiene de crítica la teoría crítica? Habermas y la cuestión del género a Benhabib; a S., Cornell, D., *Teoría Feminista y teoría Crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*; Tr., castellà Sánchez, A., Valencia, Edicions Alfons el magnànim.
- GAMBLE, J., CREEDY, D.K., (2000): Women's request for cesarean section: a critique of the literature; *Birth*, 27, pp. 256-263.
- GARLAND, D., J., (2000): Waterbirths: supporting practice with clinical audit; *MIDIRS Midwifery Digest*, 10(3), pp. 333-336.
- GEISSBUEHLER, V., EBERHARD, J., (2000): Waterbirths a comparative study. A prospective study on more than 2000 waterbirths; *Fetal Diagnosis and Therapy*, 15(5), pp.291-300.

- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL., (2003): *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*; Barcelona, Direcció General de Salut Pública.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT., (2005): *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*; 2<sup>a</sup> ed., Barcelona, Direcció General de Salut Pública.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. DEPARTAMENT DE SALUT., (2007): *Protocol per a l'assistència natural al part normal*; Barcelona, Direcció General de Salut Pública.
- GIL CALVO, E., (1997): La estrategia progenitora; a Garrido, L., Gil, E., *Estrategias familiares*; Madrid, Alianza Universal, pp. 185-193.
- GILLIGAN, C., (1985): *La Moral y La Teoría. Psicología del desarrollo femenino*; tr., castellà Utrilla, J. J., Mexico, Fondo de Cultura Económica.
- GINESI, L., NIESCIEROWICZ, R., (1998): Neuroendocrinology and birth 1: stress; *British Journal of Midwifery*, 6(10), pp. 659-663.
- GLANTZ, J.C., (2005): Elective induction vs. Spontaneous labor; *J Reprod Med*, 50, 235-240.
- GOBERNA, J., GARCÍA, P., GÁLVEZ, M., (1989): Evaluación de la calidad de la atención prenatal; *Aten Primaria*, 6, pp. 75-78.
- GONZÁLEZ-MERLO, J., GÓNZALEZ, F., (1996): Cesárea; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, J., *Obstetricia*; 6<sup>a</sup> ed., Barcelona, Masson, pp. 787- 798.

- GONZÁLEZ-MERLO, J., LEJÁRCEGUI, J.A., PUERTO, B., (1996): Enfermedad trofobrástica gestacional; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*; 6ª ed., Barcelona, Masson, pp. 471-586.
- GRANDJEAN, H., LARROQUE, D., LEVI, S., (1992): The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(2), pp. 446-454.
- GRMEK, M. G., (1999): La Révolution biomédicale du XX siècle; a Grmek, M., G., *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme a la science moderne*; Tome 3, París, Éditions du Seuil, pp. 319-336.
- HARMON, T.,M., HYNAN, M.,T., TYRE, T.,E. (1990): Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), pp. 525–530.
- HERNÁNDEZ, J.M., (2003): Morfogénesis y morfología de la placenta a lo largo de la gestación. Fisiología de la unidad feto-placentaria; a Cabero, L., (ed), *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 204-216.
- HILL, C.R., (1972): Ultrasonic exposure thresholds for changes in cells and tissues; *J Acoust Soc Am*, 52, pp. 667-672.

HODNETT, E.D., GATES, S., HOFMEYR, G.J., SAKALA, C., (2008): Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida), a *La Biblioteca Cochrane Plus*; Número 1, Oxford, Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (traduïda de *The Cochrane Library*; 2008, Issue I. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd)

HOLLANDER, H.J., (1972): Ultrasonic intersection picture study in obstetrics and gynecology; *Fortschr Geb Rotgenstr Nuklearmed*, supplement, pp. 8-9.

INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA., *La Natalitat a Catalunya a l'any 2005*; (en línea), Barcelona, Generalitat de Catalunya, 29 de gener de 2007. Disponible on line: <http://www.idescat.net/cat/idescat/serveis/premsa/NPnaix2005.pdf>. Consulta 15 d'agost de 2007.

INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS., (2007): *Diccionari de la llengua catalana*; Barcelona, Edicions 62, Enciclopèdia Catalana.

INSTITUT PASTEUR : *Repères chronologiques. Benjamin Weill-Hallé (1875-1958)*; (en línea). París, Service des Archives du Institut Pasteur, última actualització 1 agost 2007. Consulta 6 agost 2007. Disponible a: <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/wei0.html>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA., *Indicadores Demográficos. Datos europeos. Natalidad y fecundidad. Edad media del primer hijo por países y periodo*; (en línea), Madrid, Eurostat. Disponible on line: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>. Consulta 15 d'agost de 2007.

INTERNATIONAL SOCIETY OF ULTRASOUND IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (ISUOG). BIOEFFECTS AND SAFETY COMMITÉ (ABRAMOWICZ, J.,S., KOSSOFF, G., MARSAL, K., TER HAAR, G.,) (2003): Safety Statement, 2000 (reconfirmed 2003); *Ultrasound Obstet Gynecol*, 21, p. 100.

KESSLER, S., (1992): Psychological Aspects of Genetic Counselling. VII Thoughts on Directiveness; *Journal of Genetic Counselling*, 1, pp. 9-18.

KESSLER, S., (1997): Genetic Counselling is Directive? Look Again; *American Journal of Human Genetics*, 61, pp. 466-467.

KINGDON, C., BAKER, L.,LEVENDER, T.A., (2006): A review of nulliparous women's views of cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial; *Birth*; 33(3), pp. 229-237.

KLAUS, M., KENNEL, J., ROBERTSON, S., SOSA, R., (1986): Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity; *BMJ*; (293), pp. 585-587.

KOHUT, R.J., DEWEY, D., LOVE, E. J., (2002): Women's Knowledge of Prenatal Ultrasound and Informed Choice; *Journal of Genetic Counselling*, 11, 4, pp. 265-276.

LADERMAN, C., (1983): *Wives and Midwives. Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*; Berkeley, University of California Press.

LAILLA, J.M., CALLEJO, J., (2006): Maduración e inducción del parto; a González-Merlo, J., Laila, J.M., Fabre, E., González, E., *Obstetricia*; 5ª ed., Barcelona, Masson, pp. 753- 758.



LAVENDER, T., HOFMEYR, G.J., NEILSON, J. P., KINGDOM, C., GYTE, G.M.L.,(2007): Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término; (Revisión Cochrane traducida). A: *La Biblioteca Cochrane Plus*; Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*; 2007 Issue 3. Chichester, UK: Jhon Wiley & Sons, Ltd).

LÁZARO, J.J., BORRÁS, M., LAILLA, J.M., (2006): Analgesia y anestesia en obstetricia; a González-Merlo, J., Lailla, J.M., Fabre, E., Gónzález, *Obstetricia*; 5ª ed., Barcelona, Masson, pp. 331- 345.

LE RAY, C., CARAYOL, M., BREART, G., GOFFINET, F., (2007): Elective induction of labour: failure to follow guidelines and risk of cesarean delevary; *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 86, pp. 657-665.

LEY 41/2002 BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMIA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA (B.O.E de 15 de noviembre de 2002).

LEY GENERAL DE SANIDAD, de 25 de abril de 1986 (B.O.E. de 29 de abril de 1986).

LEY ORGÁNICA 9/1985 de 5 de julio, de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal (B.O.E. de 12 de julio de 1985).

LEY ORGÁNICA 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (B.O.E. de 24 de noviembre de 1995).

- LLEI 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. (DOGC de 11 de gener de 2001)
- LÓPEZ, F., (2003): Analgesia y anestesia obstétrica; a Cabero, L., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo I*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 447-55.
- LOZANO, M., (2000): *Imágenes de la maternidad*; Madrid, Rio Henares.
- LOZANO, M., (2001): *La construcción del imaginario de la maternidad en occidente*; Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.
- MAC INTOSH, I.J.C., DAVEY, D.A., (1970): Chromosome aberrations induced by an ultrasonic foetal pulse detector; *British Medical Journal*, 4, pp. 92-93.
- MARTEAU, TM., SNACK, J., KIDD, J., SHAW, R.W., (1992): Presenting a routine screening test in antenatal care: Practice observed; *Public Health*, 106, pp. 131-141.
- MARTEAU, T., (1995): Towards informed decisions about prenatal testing: A review; *Prenat Diagn*, 15, pp. 1215-1226.
- MARSICO, G., (2003): *Bioética: Voces de mujeres*; Madrid, Nancea. (Titol original Bioetica: voci di donne; trad., castellà Ballester, C., Bolonia, Editoriale Dehoniano.
- MASLOW, A.S., SWEENEY, A.L., (2000): Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term; *Obstet Gynecol*, 95, pp. 917-922.

- MICHIE, S., BRON, F., BOBROW, M., MARTEAU, T., M., (1997): Nondirectiveness in Genetic Counseling: An Empirical Study; *American Journal on Human Genetics*, 60, pp. 40-47.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO., (2006): *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Disponible on line: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>. Consulta 12 de maig de 2008.
- MONLEÓN, F., J., SERRA, V., PERALES, A., (1995): Conducción médica del parto; a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pp. 597-637.
- MONTES, M.J., (1998): Medicalización reproductiva o alienación del cuerpo; *Enfermería Clínica*, 9(5), pp. 206-12.
- MOORE, L., E., RAYBURN, F., (2006): Elective induction of Labor; *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 49, 3, pp. 698-704.
- NAROTZKY, S., (1995): *Mujer, mujeres, genero. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*; Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- NASH, M., (1993): Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939; a Duby, G., i Perrot, M., *Historia de las mujeres. El siglo XX*; Madrid, Santillana, pp. 625-645.

- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH., (2008): *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*; National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres.
- NEILSON, J.P., (2000): Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review); In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford Update Software.
- NEILSON, J.P., (2007): Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo; (Revisión Cochrane traducida). A: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible on line: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- NELSON, K.,B., DAMBROSIA, J.,M., TING, T.,Y., GREYER, J.,K. (1996): Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy, *New England Journal of Medicine*; 334, pp.613-618.
- OAKLEY, A., (1984): *The Captured Womb. A history of the Medical Care of Pregnant Women*; Oxford, Basil Blackwell.
- OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER., (2006): III *Foro de Mujeres, Salud y Género*. Disponible on line: <http://www.foromujeressaludygenero.es/>. Consulta 10 de marzo de 2007.
- OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD., (2007): *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*; Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

- O'DOWN, M. J., PHILIPP E.E., (1994): *Historia de la ginecología y obstetricia*; Barcelona, Edika Med.
- ODUNCU, F., S., (2002): The role of non-directiveness in genetic counselling; *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, pp. 53-63.
- ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT., (1948): *Carta Fundacional*; Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT., (1985): *Declaración de Fortaleza*; *Lancet*, 2, pp. 435-436.
- OUT, J.J., VIERHOUT, M.E., VERHAGE, F, ET AL., (1985): Elective induction of labour: a prospective clinical study II: psychological effects; *J. Perinat Med*, pp. 163-170.
- PARRA, J., (2003): Bases físicas de los ultrasonidos. La exploración ecográfica; a Cabero, Ll., *Tratado de Ginecología y Medicina de la Reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 1004-1008.
- PATERSON-BROWN, S., (1998): Should doctors perform an elective caesarean section on request?; *BMJ*, 317, pp. 462-465.
- PEÑALOSA, L., CABEZAS, M., LANCHARES, J.L., (1995): Asistencia al período de dilatación del parto; a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pp. 143- 164.
- PETCHESKY, R., (1987): Fetal Images: The power of the visual Culture in the politics of Reproduction; *Feminist Studies*, 13, 2.

- PINARD, A., (1878): *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manoeuvres externes*; Paris, H. Lauwerwyns, libraire-éditeur.
- PRESS, N., BROWMER, C.H., (1997): Why women say yes to prenatal diagnosis?; *Soc Sci Med*, 45(7), pp. 979-989.
- PRYSAK, M., CASTRONOVA, F.C.,(1998): Elective induction versus spontaneous labor: a case-control analysis of safety and efficacy; *Obstet Gynecol*, 92, pp. 47-52.
- REYNDERS, C.S., PAUKER, S.P., BENACERRAF, B.R., (1997): First trimester isolated fetal nuchal lucency: significance and outcome; *J Ultrasound Med*, 16(2), pp. 101-105.
- ROSEN, M., A., (2002): Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review; *Am J Obstet Gynecol*, 186S, pp. 110-126.
- ROSEVEAR, S.,K, FOX, R., MARLOW, N., STIRRAT, G.,M. (1993): Birthing pools and the fetus; *Lancet*, 342, pp.1048-1049.
- ROTHMAN, B.K., (1986): *The tentative Pregnancy*; New York.
- ROTHMAN, B. K., (1993): The tentative Pregnancy: Then and Now; *Fetal Diagn Ther*, 8, sup. 1, pp. 60-63.
- SABATÉ, S., GOMAR, C., CANET, J., FERNÁNDEZ, C., FERNANDEZ, M., FUENTES, A., (2006): Anestesia obstétrica en Cataluña (España); *Médecina Clínica*, May 24, 126, Supp I 2, pp. 40-45.

- SABRIA-RIUS, J., BACH, C., SABRIA-BACH, J., (2003): Cromosomopatias. Formas más frecuentes; a Cabero, L., *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo I*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 995-1003.
- SAGALÀ, J., (2003): Inducción del parto. Maduración cervical; a Cabero, L., (ed), *Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción*; Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 396-409.
- SALTVEDT, S., ALMSTRÖM, H., KUBLICKAS, M., VALENTIN, L., GRUNEWALD, C., (2006): Detection of malformations in chromosomally normal fetuses by routine ultrasound at 12 or 18 weeks of gestation – a randomised controlled trial in 39572 pregnancies; *BJOG*, 113, pp. 664-674.
- SALVADOR, J., CUNILLÉ, M., LLADONOSA, A., RICART, M., CABRÉ, A., BORRELL, C., (2001): Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999; *Gac Sanit*, 15(3), pp. 230-236.
- SALVENSEN, K., ET AL. (1993): Routine ultrasonography in utero and subsequent handedness and neurological development; *Br Med J*, 307, pp. 159-64.
- SALVENSEN, K., EIK-NES, S., (1999): Ultrasound during pregnancy and subsequent childhood non-right-handedness: a meta-analysis; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 13, pp. 241-46.
- SALVENSEN, K., (2002): Ultrasound and left-handedness: a sinister association? Editorial; *Ultrasound Obstet Gynecol*, 19, pp. 217-21.

- SALVENSEN, K., J., (2002): EFSUMB: safety tutorial Epidemiology of diagnostic ultrasound exposure during pregnancy-European committee for medical ultrasound safety (ECMUS); *European Journal of Ultrasounds*, 15, pp. 165-171.
- SANCHEZ, J., MARTÍNEZ, M., (1995): Maduración cervical e inducción del parto; a Fabre, E., *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*; Zaragoza, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, pp. 571-595.
- SAN MARTIN, H., (1985): *La Crisis Mundial de la Salud*; Madrid, Editorial Ciencia.
- SEYB, S.T., BERKA, R.J., SOCOL, M.L., ET AL.(1999): Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women; *Obstet Gynecol*, 94, pp. 600-607.
- SHEINER, E., SHOHAM-VARDI, I., HERSHKOVITZ, R., KATZ, M., MAZOR, M., (2001): Infertility treatment is an independent risk factor for cesarean section among nulliparous women aged 40 and above; *Am. J. Obstet. Gynecol*, 185(4), pp. 888-892.
- SHELDON, R.E., ESCOBEDO, N.B., COLE, D.S., DAYAL, A.K., CHAZOTTE, C., MINKOFF, H., ET AL., (2003): Elective Primary Cesarean Delivery; *N. Engl. J. Med*, 348, pp. 2364-2365.
- SIMKIN, P.P., O'HARA M., (2000): Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic review of five methods, *American Journal of obstetrics & Gynecology*, May, pp. 131-159.



- SIMON, P., (2000): *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*; Madrid, Triacastela.
- SMEENK, A.D. J., TEN HAVE, H.A.M., (2003): Medicalization and obstetric care: An análisis of development in Dutch midwifery; *Medicine, Health and Philosophy*, 6, pp. 153-165.
- SMITH, R., (2002): In serach of “non-disease”; *BMJ*, 324. Disponible on line: <http://www.bmj.com>. Consulta 9 d’agost de 2007.
- SMITH, C.,A, COLLINS, C.,T., CYNA, A.,M., CROWTHER, C.,A.,. (2006): Complementary and alternative therapies for pain management in labour; a *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- SOSA, R., KENNEL, J., KLAUS, M., ROBERTSON, S., URRUTIA, J. (1980): The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction; *N Engl J Med*, (303), pp. 597-600.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA., (2000): Screening de cromosomopatías fetales; a *Documentos de Consenso 2000*. Disponible on line: [http://www.schering.es/varios/publicaciones/documentos\\_de\\_consenso\\_SEGO/html/consenso\\_00/screening\\_cromosomapatias.htm](http://www.schering.es/varios/publicaciones/documentos_de_consenso_SEGO/html/consenso_00/screening_cromosomapatias.htm). Consulta 25 juliol 2007.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA., (2003): *Inducción del parto, Protocolo nº 31*; Madrid, Publicaciones SEGO.

- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA., (2007): *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*; Madrid, Publicaciones SEGO.
- SOZOS, J., FASOULIOTIS, M.D., JOSEPH, G., SCHENKER, M. D., (2000): Maternal-fetal conflict; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, pp. 101-107.
- SPELLACY, W.N., (1995): Point/Counterpoint I. A viable fetus presenting as a breech in labor needs a cesarean delivery; *Obstet. Gynecol. Surv.*, 50, pp. 761-763.
- SPENCER, K., MALLARD, A.S., COOMBES, E.J., MACRI, J.N., (1993): Prenatal screening for trisomy 18 with the free beta hCG as a marker; *BMJ*, 307, pp. 1455-1458.
- SWANSTROM, S., BRATTEBY, L., E. (1981): Metabolic effects of obstetric regional analgesia and of asphyxia in the newborn infant during the first two hours after birth. I. Arterial blood glucose concentrations; *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, pp.791-800.
- TERRE, C., (1997): La matrona en España. Historia de una profesión; anexo a la edición española, a Towler, J., Bramall, J., *Comadronas en la historia y en la sociedad*; Barcelona, Masson.
- TONG, R., (1997): *Feminist approaches to bioethics*; Colorado, Westview Press.
- TORRALBA, F., (2002): *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*; Madrid, Editorial MAPFRE.

- TOWLER, J., y BRAMALL, J. (1986): *Comadronas en la historia y en la sociedad*; tr., castellà Lozano, M.D., Masson, Barcelona, 1997.
- TRANQUILLI, A.L., GARZETI, G.G., (1997): A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section "on maternal request"; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177, pp. 245-246.
- VAN GEIJN, H. P., COPRAY, F.J.A., (1997): *Procedimientos de control fetal*; Barcelona, Masson.
- VAN GEMUN, N., HARDERMAN, A., SCHERJON, S.A., ET AL., (2003): Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with spontaneous onset; *Gynecol Obstet Invest*, 56, pp. 133-138.
- VICKERS, A., ZOLLOMAN, C., (1999): ABC of complementary medicine: hypnosis and relaxation therapies; *BMJ*, 319, pp. 1346–1349.
- WAGNER, M., (1994): *Pursuing the birth machina: the search for appropriate birth technology*; Syney, ACE Graphics.
- WAGNER, M., (2000): Choosing caesarean section; *Lancet*, 356, pp. 1677-1680.
- WARD, K., (2005): Diagnóstico prenatal y genética; a Danforth, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*; México, Mc-Graw Hill Interamericana.
- WATSON, M., L., HALL, S., LANGFORD, K., MARTEAU, T.M., (2002): Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information; *Prenat Diagn*, 22, pp. 569-575.



## **Bibliografía Conclusions:**

BOLADERAS, M., (2006): *Ética y Biopolítica*; a Román, B., Palazzi, C., (ed.), *Hacia una sociedad responsable: reflexiones desde las éticas aplicadas*; Barcelona, Prohom Ed., pp. 231-242.

CASTRO, R.P., BRONFMAN, M. P., (1993): *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión*; *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9(3), pp. 375-394.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD., (2000): *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Disponilbe on line: <http://www.who.int/mdg/es/>. Consulta 19 de gener de 2009.