



Universitat
de les Illes Balears

TESI DOCTORAL

2019

**ATENCIÓ RESPECTUOSA A LA DONA EN
PROCÉS REPRODUCTIU. PREVENCIÓ I
DETECCIÓ DE LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA.**

Rosa Llobera Cifre



Universitat
de les Illes Balears

TESI DOCTORAL

2019

**Programa de Doctorat d'Estudis Interdisciplinaris de
Gènere**

**ATENCIÓ RESPECTUOSA A LA DONA EN
PROCÉS REPRODUCTIU. PREVENCIÓ I
DETECCIÓ DE LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA.**

Rosa Llobera Cifre

Directora: Victoria A. Ferrer Pérez

Doctora per la Universitat de les Illes Balears



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Victoria Aurora Ferrer Pérez, Catedràtica de Psicologia Social de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesi doctoral que porta per títol: Atenció respectuosa a la dona en procés reproductiu. Prevenció i detecció de la Violència Obstètrica, presentada per Rosa Llobera Cifre per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat dirigida sota la meva supervisió.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Palma de Mallorca, 12 de juliol del 2019.

AGRAÏMENTS:

En el moment de concloure aquesta tesi, sento la necessitat d'expressar el meu agraïment més sincer a totes aquelles persones que l'han fet possible.

En primer lloc la Dra. Victoria A. Ferrer, per la que sento un profund respecte i admiració com a persona i per la seva trajectòria acadèmica i professional, i a qui vull agrair la seva entrega i dedicació a l'hora de guiar-me en aquest projecte i la comprensió pel que suposa combinar estudi, tesi i treball assistencial.

Així mateix també vull donar les gràcies a totes aquelles persones del Servei de Salut que han aprovat els projectes d'investigació per tal e poder-los realitzar, i concretament als professionals de la Unitat de Investigació de Gerència de Atenció Primària de Mallorca, Joana Ripoll, Xènia Chela, Oana Bulillete i Silvia Sastre que m'han fet sentir com a casa i donat tot els seu suport per poder dur a terme a quest projecte. Així com a aquelles persones com Marina Llobera que han realitzat la revisió lingüística d'aquest treball.

Com no podria ser d'altre manera, he d'agrair l'ajuda de tots els companys i companyes de feina, sobretot a les comares amb qui compartir les nostres inquietuds em fa sentir la importància d'investigar per millorar en la nostra tasca professional.

Un agraïment especial a Pilar Ferrer de Sant Jordi, que fou la primera comare que vaig tenir el plaer de conèixer i que m'explicà el que era ser comare i m'animà a seguir el meu somni, a Carmen Alfaro, que des del primer moment que vaig posar un peu en el món assistencial com a resident, em va acollir i cuidar. A Carmen Herrero, que començà essent la meva tutora, però que fou i continua essent per a mi una referent d'entre les comares, i que m'ensenyà que no podem oblidar que treballem amb i per a les dones.

També voldria agrair a les companyes comares que feren possible l'elaboració del segon estudi i la difusió del qüestionari i a tots/es aquells/es que el van respondre. Així com a aquelles que feren possible el tercer estudi ajudant a contactar amb dones que havien patit violència obstètrica. I evidentment, a totes les dones que amb les entrevistes ens permeteren conèixer una part tan íntima i important de les seves vides.

No puc concloure aquests agraïments sense nombrar a la família, al meu company i amistats, per l'immens suport, per creure amb mi i per acompanyar-me en el camí, en els moments més durs en els que entenien que calia fer malabars amb el treball, l'estudi i la tesi, i m'ajudaven a no perdre punt, però també per ser-hi en els bons moments, i gaudir

compartint alegries, satisfaccions després dels esforços, així com il·lusions, i nous projectes. No em basten les paraules per poder expressar el que sento i lo agraïda i feliç em fa tenir-los al meu costat.

ÍNDIX

Resum. Resumen. Abstract	11
Introducció	17
1.Evolució històrica de l'atenció obstètrica	17
2.Paper de les dones en l'atenció obstètrica	18
3.Situació contemporània de l'atenció obstètrica	21
4.Atenció obstètrica en el Sistema Nacional de Salut i concretament a Balears	24
5.Violència Obstètrica	26
5.1.La Violència Obstètrica com a violència basada en el gènere	26
5.2.En que consisteix la Violència Obstètrica	29
5.3.Marc normatiu per a al comprensió de la Violència Obstètrica	31
5.4.Del foment de la humanització de l'atenció obstètrica, al reconeixement de la Violència Obstètrica	37
5.5.Activisme feminista i visualització de la Violència Obstètrica	39
5.6.Estudi de la Violència Obstètrica des dels diferents prismes	40
Objectius	45
Metodologia	47
Publicacions	55
1.L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut	59
2. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas	69
3. Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido	83
Discussió	101
Conclusions	111
Referències Bibliogràfiques	115
Annexes	127

RESUM

El procés d'institucionalització del seguiment d'embaràs, part i puerperi, derivà en una sobremedicalització de processos fisiològics, i en ocasions suposà una atenció obstètrica deshumanitzada. En les darreres dècades, els moviments a favor de l'atenció obstètrica respectuosa han propiciat que organismes internacionals i estatals reconeixin el problema i es portin a terme canvis legislatius, elaboració de recomanacions, guies, protocols, així com a altres iniciatives per garantir els drets de les dones, afavorir la humanització de l'atenció al processos reproductius, i concretament en els darreres anys, per a la visualització i eliminació de la Violència Obstètrica (VO). Per tal d'avançar en aquesta línia, cal analitzar la pràctica clínica, les taxes de determinades tècniques, i estudiar el punt de vista dels/les professionals, i de les dones.

La tesi que es presenta s'ha realitzat per compendi d'articles. En ella es plantegen tres objectius, i per assolir-los es porten a terme tres estudis, posteriorment publicats. En ells es realitza una anàlisi de l'atenció al procés reproductiu, valorant les dades sobre compliment dels estàndards recomanats, l'opinió professional, i la perspectiva de les dones que han patit VO.

En relació al primer objectiu, per conèixer en profunditat el grau de compliment de les recomanacions que planteja l'Estratègia d'atenció al part normal (Ministeri de Sanitat, 2007) als centres hospitalaris públics de Balears, es van analitzar les dades (2012-2015) referents a l'atenció i la seva adequació als estàndards, mitjançant un estudi descriptiu de la informació quantitativa del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD). Es detectà que la taxa de cesària, parts instrumentats, episiotomies o ús d'epidural, presentaven diferències importants entre centres, així com que en general existia marge de millora, i mancances referents als continguts i actualització d'alguns protocols.

Pel que fa al segon objectiu, l'opinió dels/les professionals sobre l'atenció obstètrica en referència al tracte ofert, adequació de la pràctica clínica, i respecte als drets d'autonomia, informació i intimitat, s'analitzà amb un estudi descriptiu transversal que recollia l'opinió de les comares d'atenció primària i hospital que treballaven al sistema sanitari públic de Balears. En ell s'assolí una elevada taxa de participació, que denota implicació per a l'anàlisi i millora de l'atenció obstètrica. De l'opinió recollida destaca el reconeixement d'una atenció obstètrica sobremedicalitzada, i en algunes ocasions inclús deshumanitzada i/o irrespectuosa.

En relació al tercer objectiu, per tal d'explorar en profunditat les percepcions, opinions i experiències de les dones que han patit VO, posant esment en les dimensions pròpies que la defineixen, es realitzà un estudi qualitatiu amb enfocament fenomenològic, que emfatitza l'experiència individual i descripció dels significats de les vivències de l'atenció rebuda.

Així, es conclou que:

El primer estudi resolí el problema de la escassetat de dades sobre l'atenció obstètrica a les Illes, i permet quantificar determinats aspectes de millora de l'atenció obstètrica, posant el focus sobre aquesta, fet imprescindible per avaluar la situació i emprendre estratègies de millora.

El segon estudi ens permet conèixer l'opinió del/les comares, professionals de referència en el seguiment d'embaràs, part i puerperi normals, i implicats/es també en l'atenció i cura de les dones quan el procés està associat a patologia o complicacions, i per tant, agents essencials en l'anàlisi de l'atenció obstètrica, i en aquest cas crítics amb l'atenció en ocasions prestada.

El tercer estudi ha permès donar veu a les dones que han patit VO, conèixer en profunditat la seva perspectiva sobre l'efecte de l'atenció obstètrica no respectuosa, o deshumanitzada, establir les dimensions i veure quines destaquen en els seus relats, conèixer les implicacions de la pràctica clínica i l'acompanyament durant els processos reproductius, així com visualitzar i contextualitzar la VO, dins un marc de gènere.

RESUMEN

El proceso de institucionalización del seguimiento de embarazo, parto y puerperio, derivó en una sobremedicalización de los procesos fisiológicos, y en ocasiones supuso una atención obstétrica deshumanizada. En las últimas décadas los movimientos a favor de la atención obstétrica respetuosa han propiciado que organismos internacionales y estatales reconozcan el problema y se lleven a cabo cambios legislativos, elaboración de recomendaciones, guías, protocolos, así como otras iniciativas para garantizar los derechos de las mujeres, favorecer la humanización de la atención al procesos reproductivos, y concretamente en los últimos años, para la visualización y eliminación de la Violencia Obstétrica (VO). Para avanzar en esta línea, hay que analizar la práctica clínica, las tasas de determinadas técnicas, estudiar el punto de vista de los/las profesionales, y de las mujeres.

La tesis que se presenta se ha realizado por compendio de artículos. En ella se plantean tres objetivos, y para alcanzarlos se llevan a cabo tres estudios, posteriormente publicados. En ellos se realiza un análisis de la atención al proceso reproductivo, valorando los datos sobre cumplimiento de los estándares, la opinión profesional, y la perspectiva de las mujeres que la han sufrido VO.

En relación al primer objetivo, para conocer en profundidad el grado de cumplimiento de las recomendaciones que plantea la Estrategia de atención al parto normal (Ministerio de Sanidad, 2007), en los centros hospitalarios públicos de Baleares, se analizaron los datos (2012 -2015) referentes a la atención y su adecuación a los estándares, mediante un estudio descriptivo de la información cuantitativa del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se detectó que la tasa de cesárea, partos instrumentados, episiotomías o uso de epidural, presentaban diferencias importantes entre centros, así como que en general existía margen de mejora, y carencias en cuanto a los contenidos y actualización de algunos protocolos.

En cuanto al segundo objetivo, la opinión de los / las profesionales sobre la atención obstétrica en referencia al trato ofrecido, adecuación de la práctica clínica, y respeto a los derechos de autonomía, información e intimidad, se analizó con un estudio descriptivo transversal, que recogía la opinión de las matronas de atención primaria y hospital, que trabajaban en el sistema sanitario público de Baleares. En él se alcanzó una elevada tasa de participación, que denota implicación para el análisis y mejora de la atención

obstétrica. De la opinión recogida destaca el reconocimiento de una atención obstétrica sobremedicalizada, y en algunas ocasiones deshumanizada y/o irrespetuosa.

En relación al tercer objetivo, con el fin de explorar en profundidad las percepciones, opiniones y experiencias de las mujeres que han sufrido VO, poniendo atención en las dimensiones propias que la definen, se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, que enfatiza la experiencia individual y descripción de los significados de las vivencias de la atención recibida.

Así, se concluye que:

El primer estudio resolvía el problema de la escasez de datos sobre la atención obstétrica en las Islas, permitiendo cuantificar determinados aspectos de mejora de la atención obstétrica, poniendo el foco sobre esta, hecho imprescindible para evaluar la situación y emprender estrategias de mejora.

El segundo estudio nos permite conocer la opinión del/las matronas, profesionales de referencia en el seguimiento de embarazo parto y puerperio normales, e implicados/as también en la atención y cuidado de las mujeres en cuanto el proceso está asociados a patología o complicaciones y, por lo tanto, agentes esenciales en el análisis de la atención obstétrica, y en este caso, críticos con la atención en ocasiones prestada.

El tercer estudio ha permitido, dar voz a las mujeres que han sufrido VO, conocer en profundidad su perspectiva sobre el efecto de la atención obstétrica no respetuosa, o deshumanizada, establecer las dimensiones y ver qué destacan en sus relatos, conocer las implicaciones de la práctica clínica y el acompañamiento durante los procesos reproductivos, y visualizar y contextualizar la VO, dentro de un marco de género.

ABSTRACT

The institutionalization of pregnancy, childbirth and postpartum follow up processes generate an overmedicalization of physiological processes, and sometimes dehumanized obstetrical care. Over the past decades, movements in favor of respectful obstetric care have arisen, which led to a need for international and state bodies to recognize the problem. As a result, legislative changes, recommendations, guides, and protocols were carried out, as well as other initiatives to guarantee women's rights, the humanization reproductive processes care, and more recent, for the awareness and elimination of obstetric violence (OV). Along the same line, it might be necessary to analyze the clinical practice, the ratios of certain techniques, and to study the point of view of healthcare professionals and women.

This thesis has been carried out by a compendium of articles, with three proposed objectives. In order to achieve them, three studies were carried out and later published. We performed an analysis of the reproductive processes care, evaluating data on standards compliance, the opinion of the professionals and the perspective of the women who have suffered it.

Regarding the first objective, an in-depth evaluation of the degree of compliance with the Strategy for Normal Birth Attention (Ministry of Health, 2007) recommendations, a descriptive study was carried out, with quantitative data regarding the care and its adequacy to standards, from the Minimum Basic Data Set of the public hospitals from the Balearic Islands. Important differences between healthcare centers were detected in terms of cesarean rates, instrument-assisted deliveries, episiotomies or epidural use. A general room for improvement was observed, as well as deficiencies on the content and the update of some protocols.

The second objective was to evaluate the opinion of primary care and hospital healthcare professionals, working in the Balearic public health system, on the obstetric care related to the offered treatment, appropriateness of the clinical practice, and the respect for the autonomy rights, information and intimacy. A descriptive study was conducted, with a high rate of participation and therefore, pointing out the involvement of the participants in the analysis and the improvement of obstetric care. The gathered opinions highlighted the recognition of the overmedicalized obstetric care, and sometimes also dehumanized and/or disrespectful.

For the third objective, an in-depth analysis of the perceptions, the opinions and the experiences of the women who have suffered obstetric violence, a qualitative study was performed using a phenomenological approach, with emphasis on the individual experiences and the description of the meanings of the endured experiences during the care.

Therefore, it concludes that:

The first study unravels the data scarceness of the obstetric care in the Balearic Islands, and allows to quantify certain aspects of improvement for the obstetric care, placing a clear focus on it, which is essential to assess the situation and undertake improvement actions.

The second study allows us to be aware of the midwives opinion, as the reference professional attendant for the pregnancy, childbirth and postpartum follow up, but also involved in the care of the women with pathology associated or complicated processes, and therefore, essential agents for the analysis of the obstetric care, and in this case, they are critical of the attention that is sometimes provided.

The third study enabled the voices of the women who have suffered obstetric violence to be heard and also, to apprehend theirs in-depth perspectives on the effects of non-respectful or dehumanized obstetric care, to establish the dimensions and to see which on them are prominent in their narratives, to learn about the implications of the clinical practice and the support during reproductive processes, and to visualize and contextualize the obstetric violence, within a framework of gender.

INTRODUCCIÓ

1. Evolució històrica de l'atenció obstètrica

Per tal d'entendre l'evolució de l'atenció a l'embaràs, part i puerperi, la sobremedicalització dels processos reproductius i l'estat actual de l'atenció obstètrica és precís realitzar almenys un breu recorregut per la història de d'aquesta, que ens permeti emmarcar en un context social, polític i cultural la investigació realitzada.

Les investigacions afirmen que “Des dels inicis de la història l'assistència al part, malgrat ser aquest un procés fisiològic, ha precisat cures i atencions (...) mantenint en la major part dels casos una actitud expectant i no intervencionista” (Biurrún i Goberna, 2013. p.62).

Com expliquen Biurrún i Goberna (2013) fou a partir del període clàssic i medieval quan s'inicià lentament la incorporació del procés reproductiu com a coneixement teòric de la medicina, en els que els metges no intervenien en els parts de fetus vius. Però a partir del segle XVII “aquesta tendència canvià, a causa de la incorporació dels cirurgians en l'atenció al part i l'ús de la instrumentació amb fòrceps (...), iniciant-se d'aquesta manera progressivament la tecnificació de l'assistència al naixement” (p.62).

Des de finals del segle XIX la ciència biomèdica ha elaborat models mecanicistes de la salut i de la malaltia que s'han implantat en l'atenció sanitària. Aquest context explica com el procés del part començà a ser atès als hospitals i estava configurat per discursos mèdics en els que es representava a la gestant com una dona malalta que necessitava assistència mèdica. És l'etapa en la qual s'inicià la medicalització del part i en la que progressivament s'imposà un domini absolut del procés per part de l'aparell mèdic amb la consegüent desposseïció del control de la dona sobre el seu propi cos. Així, el poder i l'autoritat mèdica legitimaven els discursos i la pràctica clínica (Arnau et al, 2012).

Després de la Segona Guerra Mundial, en ple segle XX, la medicalització dels serveis de maternitat passà a ser un fenomen global, tot i que les pràctiques d'assistència al part difereixen d'un lloc a un altre a causa de components culturals, o fins i tot dins d'una mateixa zona per les diferències en les polítiques hospitalàries o praxi obstètriques (...).

Fou fonamentalment durant la segona meitat del segle XX, quan canvià l'escenari de l'assistència al part normal, en traslladar-se aquest de l'interior de la llar a una

sala d'hospital, justificant-se en les millores en la seguretat i en els resultats obstètrics (...). El poder dels sanitaris subordinà la maternitat al model biomèdic, pel que començà a valorar-se la gestació des d'una perspectiva fonamentada en un model tecnocràtic, paternalista i autoritari (Biurrun i Goberna, 2013. p.63).

Per tant, la medicalització del seguiment de l'embaràs i el part s'inicià minoritàriament en el segle XVII, però no fou fins el segle XX que l'excés de medicalització i la tecnificació s'apoderaren del control absolut i rutinari de la gestació, que com explica (Goberna, 2009), es plantejà en un principi com a mesura per a millorar la salut dels infants, i posteriorment l'objectiu es desplaçà a reduir la mortalitat materna.

El seguiment de l'embaràs passà de no ser percebut com una necessitat ni pel sector mèdic ni per la societat, ni per les dones concretament, a ser objecte d'interès per tal de voler assegurar el benestar de la dona i criatura, però valorant el cos de la dona des d'un punt de vista biològic, estudiant i atenent a l'embaràs i al part com a processos purament físics i mecànics, en el que el cos de la dona s'entenia com a un continent del nadó.

Per tant, es pot afirmar que la biomedicina fou la que en el s.XX promogué el canvi en el model assistencial de l'atenció obstètrica, en els països desenvolupats. Els centres hospitalaris es convertiren en llocs on els, aleshores nous valors de la obstetrícia es posaren en pràctica. Aquest fet suposà l'ús de la tecnologia, medicaments i noves tècniques d'atenció al part i en consonància, l'increment de la burocratització i estandardització de l'atenció obstètrica (Bellón, 2015).

2. Paper de les dones en l'atenció obstètrica

Com s'ha dit, històricament el processos d'embaràs i part eren assistits i acompanyats per i entre dones.

Com explica Alemany (2014), existeix constància d'aquest fets des de les primeres fonts iconogràfiques egípcies (2000 a.n.e), a les fonts escrites en llibre de la Bíblia (1800 a.n.e), i de la antiga Grècia (500 a.n.e.) així com fonts romanes del segle II que recullen l'atenció al part a mans de comares.

Posteriorment i durant més de deu segles, Europa es va sumir en l'anomenada època fosca, amb un replegament de la vida cap a les zones rurals, i les dones que assistien els parts

sovint no tenien formació però comptaven amb l'experiència acumulada al llarg dels anys, habilitat i destresa (Alemany 2014).

Fou a partir de l'Edat Mitjana, quant s'originà el control social sobre el cos i la salut reproductiva de les dones, control exercit per homes i per tant considerat lícit, aleshores. Ehrenreich i English (1981) referenciaven que entre els segles XIV i XVII l'església catòlica i protestant, per sostenir la seva legitimitat i en aliança amb les classes dominants, expulsava a les dones de les àrees del saber, per tal de ser ocupades per homes cristians, donant origen als processos previs a la medicina occidental, en relació a l'atenció de la salut de les dones i íntimament lligat a la salut reproductiva. Aquest moviment va promoure el que es coneix com Caça de Bruixes. Aquesta estratègia apuntava a responsabilitzar de la misèria i els problemes socials a un sector de la població representat per les dones que, entre altres coses, sabien curar i atendre parts i avortaments.

La caça de bruixes no va eliminar a les popularment conegudes com a sanadores, però les va marcar i estigmatitzar. “Van arribar a estar tan desacreditades entre les classes mèdiques que, en els segles XVII i XVIII, els metges van poder començar a envair l'últim bastió de les sanadores: l'obstetrícia” (Ehrenreich i English, 1981. p.19).

Com afirma Lorenzo (2013):

Finalment la Medicina va acabar d'annexar al seu territori la pràctica de la obstetrícia, aconseguint lleis que penalitzaven el seu exercici per als que no exercissin legalment la medicina. I així fou com progressivament aquesta ciència feta per homes per a l'exercici d'homes (les dones estaven excloses de l'educació), va estudiar al cos masculí com a model, considerant el cos femení com una versió degradada. (p.6).

Com referien Ehrenreich i English (1981).

L'exclusió de les dones de les tasques de curació no té cap justificació històricament coherent. Aquestes inicialment van ser acusades de pragmàtiques, empíriques i immorals, però en el segle XIX es va invertir la retòrica: les dones van passar a ser massa científiques, delicades i sentimentals. (p.38).

Així els estereotips canviaven a conveniència dels qui pretenien desacreditar-les i excloure-les del món obstètric.

Però les dones sempre cuidaren i curaren a altres dones, foren les primeres mèdiques i anatomistes de la història occidental, foren les que sabien procurar avortaments i també actuaven com a infermeres i conselleres. Les dones van ser farmacòlogues amb els seus cultius d'herbes medicinals, els secrets de l'ús es transmetien d'unes a altres. I van ser també comares que anaven de casa en casa i de poble en poble. Durant segles les dones van ser excloses dels llibres i la ciència oficial, aprenent i transmetent els seus coneixement les unes a les altres (Ehrenreich i English, 1981. p.6).

Com diu Bellón (2015), citant a Ortiz (1992), entre aquestes dones la figura de “la comare era de les més importants pel que fa l’assistència al part abans del segle XIX a Europa i les seves colònies.” (p.102).

Així mateix, eren autoritats destacades en coneixements sobre la salut dels infants i les dones i també cal dir, que en les comunitats també tenien un paper social destacat i reconegut durant segles, però, no obstant això (Bellón, 2015):

Va existir un canvi general a l'hegemonia professional de les comares, que va començar a declinar durant el segle XIX. Aquest canvi, complex i lent, va beneficiar l'emergència del grup professional masculí dels metges, els que progressivament van guanyar l'autoritat com a assistents del part (Green, 2008). Durant el segle XX a la major part d'Europa, Amèrica del Nord i les seves colònies la cura del part passà de les mans de les comares, a les mans dels obstetres, i el part deixà de tenir lloc a les cases per ser atès a l'hospital. (pp.102-103).

Tot i així i a pesar d’haver perdut durant segles l’hegemonia de l’atenció als processos reproductius, en el treball d’Ortiz i Sánchez (1995) veiem que al llarg de la història destaquen grans figures de dones comares, que contribuïen en la literatura obstètrica i reivindicaven la seva professió, des que aquesta fora absorbida per l’home primer en nom de déu i després en nom de la ciència.

L’exclusió de la comunitat científica i de la formació es donà en primer lloc, per la prohibició a les dones d’accedir als estudis regulats i, quan es va permetre finalment l’accés, el context sociocultural en el que estaven immerses continuava excloent-les d’aquest.

La formació legal i regulada de les comares seguí un recorregut tortuós Valle (2002). Inicialment es dirigia a la formació de personal que auxiliés als metges cirurgians durant

el part, que assolien funcions perdudes de les comares, fins al reconeixement, de nou, per a l'assistència autònoma al part normal.

Actualment els estudis de comare suposen formació universitària, en la que s'han recuperat les competències professionals, en alguns països mitjançant de estudis universitaris independents i en altres essent una especialitat d'infermeria.

A Espanya, es tracta d'una formació de 6 anys composta pel grau universitari d'infermeria, seguida d'una especialitat sanitària de 2 anys a la qual s'accedeix mitjançant una prova selectiva a nivell estatal, imprescindible per a poder exercir la professió de comare.

Les competències de les comares es troben regulades a nivell estatal (BOE núm. 129, 2009), i entre aquestes hi trobem l'assistència en l'embaràs, part i puerperi, l'atenció al nounat/da, l'atenció a la dona i la salut sexual i reproductiva, el consell contraceptiu, a més de l'assistència durant el climateri, l'assessoria sobre la legislació vigent encaminada a protegir els drets de les dones, a més de les tasques de gestió, investigació i docència en les seves competències.

3. Situació contemporània de l'atenció obstètrica

Tal com s'apuntava a l'apartat anterior, el progrés de la ciència i la medicina, que havia reduït la morbimortalitat de la població en general, i també de les dones gestants i puèrperes, malauradament havia suposat així mateix, un abús de la medicalització dels processos fisiològics, que anteriorment eren viscuts i tractats com a tals.

Incrementant la tecnificació de l'atenció als processos reproductius, s'havia incrementat també la deshumanització d'aquests processos vitals, convertint-los en processos clínics.

La institucionalització dels parts, suposava que les dones parien majoritàriament en centres sanitaris i ho havien deixat de fer a les cases, convertint un acte privat i íntim en un acte clínic, en molts casos sobremedicalitzat.

A la dècada del 1980 s'inicià la crítica i el qüestionament respecte a la sobremedicalització i la pràctica assistencial de qualitat, i així l'opinió de les dones, professionals i moviments socials sobre la humanització de l'atenció a la salut reproductiva promogueren un canvi de mentalitat i l'inici de modificacions legislatives i

recomanacions sobre la pràctica clínica per part d'alguns estats i organismes internacionals.

El 1985, a Fortalesa (Brasil), l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Organització Panamericana de la Salut i l'Oficina Regional per a les Amèriques de l'OMS van celebrar amb comares, metges obstetres i pediatres, epidemiòlegs, sociòlegs, psicòlegs, economistes, administradors sanitaris i mares una conferència multidisciplinària sobre l'atenció apropiada per a l'assistència al part. Aquesta conferència marcà un abans i un després en la humanització de l'atenció obstètrica, va fer que l'OMS revisés el model biomèdic d'atenció a la gestació i el part, confirmant que la sobremedicalització no respectava el dret de les dones a rebre una atenció adequada, a tenir en compte les seves necessitats i expectatives, limitant així el seu dret d'autonomia.

Així en les darreres dècades, com a contraposició a la medicalització i institucionalització del part que suposà la imposició del model biomèdic, s'ha treballat en el desenvolupament de guies, protocols d'actuació i recomanacions que inclouen la importància de l'atenció dels processos fisiològics com a tals.

Recentment es publicaren les Recomanacions de l'OMS per a les cures durant el part, per a una experiència de part positiva (OMS, 2108), en què es posa èmfasi en l'atenció centrada en la dona per optimitzar l'experiència del treball de part a través d'un enfocament holístic basat en els drets humans. Ja que explica que és precís oferir una atenció humanitzada que eviti la sobremedicalització que tendeix a debilitar la capacitat de la dona de donar a llum i afecta de manera negativa la seva experiència de part.

Altres estratègies reconegudes són els centres IHAN de Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància: una acreditació impulsada per l'OMS i Unicef, que acredita als centres com a hospitals en els que es respecta i potencia la humanització de l'atenció al part i lactància. Actualment només 18 hospitals espanyols posseeixen l'acreditació, encara que hi ha desenes que es troben en el procés d'acreditació per tal d'obtenir-la. Un hospital IHAN ha d'oferir una assistència al part respectant contínuament el criteri de les dones, no realitzant tècniques sense el seu consentiment, permetent adoptar les postures que ella desitgi, respectant els seus ritmes, minimitzant l'ús d'instruments, afavorint el contacte pell amb pell des d'un primer moment, afavorint la lactància materna, etc.

A nivell institucional a Espanya, des del 2004, l'Observatori de Salut de les Dones, s'ocupa de l'anàlisi i el foment dels aspectes d'equitat en l'accés i qualitat de l'atenció del Sistema Nacional de Salut, adquirint una rellevància especial la millora de la qualitat de l'atenció al procés reproductiu mitjançant la promoció d'iniciatives d'atenció humanitzada i foment de la participació de les dones en els seus parts, ús de protocols basats en l'evidència científica en l'atenció obstètrica, a més de afavorir iniciatives d'atenció multicultural de l'embaràs, part i puerperi i promoció de la lactància.

A més, el Ministeri de Sanitat des del 2007 ha publicat una sèrie d'estratègies i guies de pràctica clínica encaminades a millorar els aspectes de l'atenció obstètrica, promovent l'adequació de la pràctica clínica i afavorint la humanització de l'assistència obstètrica, que es recullen a la Taula 1.

Taula 1. Estratègies i guies de pràctica clínica publicades pel Ministeri de Sanitat.

<i>Any</i>	<i>Publicació</i>
2007	Estratègia d'atenció al Part Normal en el Sistema Nacional de Salut.
2009	Maternitat Hospitalària. Estàndards i Recomanacions.
2010	Guia de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal.
2011	Pla de part i naixement. Estratègia d'atenció al part normal.
2011	Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva.
2012	Maternitat i Salut. Ciència Consciència i Experiència.
2014	Guia de pràctica clínica d'atenció a l'embaràs i puerperi

Totes elles engloben dins els seus objectius, entendre i atendre el processos reproductius de embaràs, part i puerperi com a processos fisiològics, que han de ser atesos amb una pràctica clínica basada en l'evidència, però alhora oferint una atenció respectuosa i humanitzada, fugint de l'excés de medicalització assolida.

Com explica el preàmbul de l'Estratègia d'atenció al Part Normal (Ministeri de Sanitat, 2007) aquestes guies i estratègies, es desenvoluparen en resposta a una demanda col·lectiva de millora de l'atenció, tenint en compte els aspectes emocionals i el protagonisme de les dones en els seus processos reproductius; especificant que es pretén orientar l'assistència sanitària cap a una pràctica clínica basada en l'evidència y alhora centrada en la usuària.

Cal fer menció especial al Pla de part impulsat pel Ministeri de Sanitat (2011), que és una eina recomanable per afavorir, en primer lloc, el coneixement del dret d'informació i d'autonomia de les dones durant l'atenció al part, així com per donar a conèixer les seves preferències per tal que puguin ser respectades per part dels/les professionals que les atendran.

Com expliquen Suárez, Armero, Canteras, i Martínez. (2015), els plans de part i naixement influeixen en el procés de de part de manera positiva, i calen polítiques per augmentar-ne el coneixement i l'ús.

4. Atenció obstètrica en el Sistema Nacional de Salut i, concretament, a Balears

La institucionalització de l'atenció obstètrica ha fet que a Espanya actualment els processos d'embaràs, part i puerperi siguin atesos majoritàriament, en centres d'Atenció Primària i Hospitals públics del Sistema Nacional de Salut (SNS), en menor mesura en centres mèdics i hospitals privats, i una part minoritària en les cases de part o en els domicilis.

A pesar que en altres estats europeus com Noruega, Regne Unit, Dinamarca i Holanda l'atenció al part i el puerperi fora dels centres hospitalaris, ja sigui en el domicili o en cases de parts, forma part de la cartera de serveis del sistema nacional de salut, en la majoria de comunitats autònomes d'Espanya i concretament a Balears, aquestes possibilitats encara són sols implementades per incitaves privades.

Les dades de l'any 2017 recollides per l'Institut Balear d'Estadística (IBESTAT, 2019), referencien 10.107 parts atesos a Balears, i especifiquen que el 72,53% van tenir lloc en hospitals públics, el 24,95% en hospitals privats, el 0,43% en el domicili i el 2,08% en llocs desconeguts.

En general l'atenció sanitària a Espanya està dividida en dos nivells: atenció primària i atenció hospitalària; i cada àrea de salut consta de varis centres d'atenció primària i almenys d'un centre hospitalari. Cada zona bàsica de salut està atesa per un equip d'atenció primària que presta atenció en el centre de salut o unitat bàsica de salut corresponent, si n'hi ha.

Més concretament, a Balears el Servei de Salut de les Illes Balears està dividit d'acord a la Llei 14/1986 de 25 d'abril, General de Sanitat, en 3 àrees de salut: Mallorca, Menorca i conjuntament Eivissa i Formentera.

L'àrea de l'illa de Mallorca es divideix en 4 sectors hospitalaris, cada un d'ells amb un hospital de referència: El sector Ponent, que té com a hospital de referència l'Hospital Universitari Son Espases, i consta de 16 zones bàsiques de salut; el sector Migjorn, l'hospital de referència és Son Llàtzer, i consta de 14 zones bàsiques de salut; el sector Llevant en el que hi ha l'hospital de Manacor i 9 zones bàsiques de salut i el sector Tramuntana que té com a hospital de referència el Comarcal d'Inca i consta de 9 zones bàsiques de salut. L'àrea de Menorca compta amb l'hospital de referència Mateu Orfila i 5 zones bàsiques de salut. L'àrea d'Eivissa-Formentera compta amb l'hospital de referència Can Misses i 8 zones bàsiques de salut. A més, cada àrea de salut pot comptar amb altres dispositius hospitalaris, especialment d'atenció socio sanitària.

Pel que fa a l'atenció obstètrica en el servei públic de Balears, els centres d'atenció primària compten amb comares. Aquestes són els/les professionals de referència en quant al seguiment d'embaràs, i puerperi fisiològics, i co-responsables junt als/les metges/es obstetres de l'acompanyament de la dona també en el cas de patologia o risc associat.

Els hospitals de referència de cada àrea de salut, compten amb consultes d'obstetrícia, on es realitza el seguiment ecogràfic de l'embaràs. A més, consten de paritori amb sales de dilatació-part i quiròfan per a les cesàries, a més de la planta de maternitat, on ingressen si ho precisen les gestants amb patologia i s'atenen alguns processos de part, a més dels puerperis.

Els hospitals es classifiquen per nivells segons el nombre de parts atesos. Els hospitals de referència esmentats són tots de nivell 2 (600-1.200 parts anuals) i nivell 3 (1.200-2.400 parts anuals), i l'hospital de Formentera, que també atén parts degut a les característiques pròpies d'insularitat d'aquesta àrea de salut, és de nivell 1 ja que es troba lluny d'atendre més de 600 parts anuals.

En els hospitals, les consultes d'obstetrícia on es realitza part del seguiment de la gestació, són portades per metges/es obstetres, i pel que fa el part si és eutòcic és atès per comares i si és distòcic (instrumental o cesària) és atès per metges/es.

A les plantes de maternitat dels hospitals de referència, les dones són ateses per comares, personal d'infermeria, auxiliars i obstetres si es precisa.

A la Taula 2, s'ofereix l'ordenament sanitari, amb les dades de la població adscrita i les dones en edat fèrtil adscrites al Servei de Salut, oferides per IBsalut i obtingudes per registre de Targeta Sanitaria Individual (TSI) de les Illes Balears al gener del 2019.

Taula 2. Dades de població adscrita al servei de salut de les Illes Balears 01.01.2019.

Àrea de salut	Sector sanitari	Població adscrita	Població de dones adscrites 15-49 anys
Mallorca	Ponent	338.852	85.274
	Migjorn	270.206	66.498
	Llevant	147.438	34.823
	Tramuntana	128.523	30.533
Menorca	Menorca	89.265	21.357
Eivissa	Eivissa	143.549	38.613
Formentera	Formentera	10.165	2.770

Font: TSI- IBsalut.

5. Violència Obstètrica

5.1 La Violència Obstètrica com a violència basada en el gènere.

La OMS (1996) proposà la següent definició de violència: ús deliberat de la força física o del poder, de fet o com amenaça, contra un mateix, una altra persona o un grup de comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions.

En la Conferència Mundial dels Drets Humans en la Declaració sobre l'Eliminació de la Violència contra la Dona (ONU, 1993) es definí la violència basada en el gènere com tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tingui o pugui tenir com a

resultat un dany o sofriment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces de tals actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen a la vida pública com privada. Aquesta declaració suposà una important fita ja que s'inclou la violència basada en el gènere dins de l'àmbit dels drets humans, per primer cop.

La violència basada en el gènere és entesa com a un mecanisme de control i subordinació de les dones utilitzada per a mantenir la dominació masculina, tractant-se d'un tipus de violència que es dona contra les dones pel sol fet de ser-ho.

En relació a aquesta violència, els models explicatius més acceptats consideren que és un fenomen complex, i que està basada en múltiples factors (als quals s'atribueix una rellevància variable), però només pot ser explicada a partir de la intervenció d'un conjunt de factors específics, en el context general de les desigualtats de poder entre homes i dones, que ocorren en els nivells individual, grupal, nacional i mundial (ONU, 2006).

Aquests models coincideixen, per tant, amb la perspectiva teòrica feminista en considerar que la violència basada en el gènere és producte dels valors culturals patriarcals, i constitueix un mecanisme de control social per mantenir la subordinació de les dones (Lawson, 2012).

Pel que fa a la violència institucional i el gènere, la mateixa relació de poder i submissió que exerceix el sistema patriarcal sobre les dones en general, es pot reproduir en l'àmbit de la relació amb l'estat i les institucions, i també en l'àmbit de l'atenció a la salut, entre el personal sanitari i les pacients, i, per descomptat, també en relació a les dones embarassades (Tinoco, 2013), de manera que l'entorn sanitari pot ser, en si mateix, generador de violència cap a les dones (Goberna, 2017). En aquest sentit, Valls (2009) assenyala que el patriarcat fa servir, com si fossin científiques, tres regles o màximes relatives al cos de les dones: la naturalització de la diferència sexual com a inferioritat; la fragmentació del cos i l'experiència; i la objectualització dels subjectes, a través de la medicalització i el poder en l'acte mèdic.

García i Díaz (2010), citant a Jordan (1984) defineixen el concepte de "coneixement autoritzat" com el coneixement que socialment se li reconeix al sistema mèdic hegemònic i que desautoritza el saber de les dones ateses. A més, les autores puntualitzen també que aquest model, exalta la jerarquització del coneixement.

En aquest mateixa línia, Schwarz (2009) citant a Menéndez (1984) sosté que la intervenció del model mèdic hegemònic, es sustenta sobre una asimetria de poder entre professional sanitari i pacient. A més, fa referència a que:

Quan el metge és home i la pacient és dona, aquesta asimetria de poder es juxtaposa a una altra més antiga i profundament arrelada en l'imaginari i pràctiques de la societat, l'estructura de poder de les relacions de gènere, en la qual l'home ocupa el lloc hegemònic i la dona la posició subordinada. (p.132)

La Violència Obstètrica (VO) suposa també sobremedicalització, i aquesta segons els treballs de Garcia (2017) i Ruiz-Cantero (2019) conté igualment un important biaix de gènere, de manera que aquelles qüestions pròpies o relacionades amb la sexualitat i la reproducció femenines es converteixen en processos suposadament patològics i que, en definitiva, requereixen d'ajuda mèdica per arribar a bon port i fins i tot, com apunten Gervás i Pérez-Fernández (2016), la realització de pràctiques que poden constituir violència.

La sobremedicalització segons Foucault (1976) suposa la conversió de dones sanes a pacients tractades com a malaltes, i sembla requisat el seu saber i poder de decisió, el que afavoreix que s'entreguin segons Jerez (2014) al saber i poder mèdic.

Davis-Floyd (1994) descriu també aquesta sobremedicalització com l'aplicació de pràctiques rituals, que afavoreixen l'assumpció de les dones de l'ordre social establert, observable quan s'apliquen per decisió mèdica directa, així com quan s'apliquen perquè son les mateixes dones que les han interioritzat com a normals i sol·liciten aquestes condicions i pràctiques clíniques.

Belli (2013) refereix que:

El paradigma predominant de tecnificació i medicalització en l'atenció institucionalitzada del part veu a la dona com un objecte d'intervenció i no com un subjecte de dret. La relació asimètrica que existeix entre les dones i els professionals de la salut revela una desigualtat, tant simbòlica com real, que dificulta l'exercici dels drets bàsics de la dona. La patologització del part de baix risc constitueix en si un procés en el qual s'exerceix la violència simbòlica i epistèmica. (p.28).

I així, es posa de manifest l'asimetria que existeix entre homes i dones en les relacions de saber/poder i que regula el conjunt de les pràctiques concretes en els processos reproductius de les dones.

Com explica García (2015) aquesta violència cal analitzar-la en el “registre simbòlic, de la construcció cultural del cossos femenins que permet i legitima el desequilibri entre efectors i usuàries” dels serveis d'atenció a la salut, en el que l'obediència i la subordinació s'assumeixen com a normals.

En aquest context, la VO es conforma a partir de violència contra les dones però també de violència institucional, i aquestes se sustenten en els sistemes de poder jeràrquics de gènere i de salut, respectivament (Rocha, 2004). Però la VO és una violència normalitzada i silenciada, com moltes altres violències basades en el gènere. La normalització està relacionada amb la idea i el constructe social existent en torn als processos reproductius, al cossos i les capacitats de les dones en referència a aquests. La invisibilitat de la VO es dona a ulls de les dones, però també dels professionals. Si entenem la VO com a violència simbòlica, Salders (2003) la descriu com una violència expressada pel discurs hegemònic, com a actes necessaris o d'ajuda a la persona, i per tant normalitzada i/o legitimada.

En definitiva, com assenyala Bellón (2015), la VO pot ser considerada com un tipus de violència basada en gènere, en tant que en les societats patriarcals el control sobre el potencial reproductiu i la sexualitat de les dones constitueix un aspecte clau per mantenir-les en una posició de subordinació, i implica que el personal de salut exerceixi el seu rol des d'una posició de poder i s'apropriï del cos i els processos reproductius de les dones. La qual cosa no podria existir sense la inferiorització i discriminació prèvia de la societat a les dones (Fernandez, 2006).

També cal afegir que, la VO entesa com a violència basada en el gènere a més de la vulneració dels drets de les dones i per tant dels dret humans, es considera un problema de salut pública i suposa la pèrdua de la visió de les dones com a subjectes de dret. (Villegas, 2009).

5.2 En què consisteix la Violència Obstètrica

S'entén per VO “Tota conducta, acció o omissió, realitzada per personal de la salut en l'àmbit públic o en el privat, que, directament o indirectament, afecta el cos i els processos

reproductius de les dones, expressada en un tracte deshumanitzat i un abús de medicalització dels processos naturals." (p.3. Medina, 2008; en Magnone, 2011).

La VO "s'associa a la intervenció desproporcionada i inexorablement medicalitzada del procés natural de la condició d'embaràs i de part" com es defineix en el document *Altres formes de violència contra les dones que reconèixer, anomenar i visibilitzar*, publicat per Nacions Unides en 2016 (Gherardi, 2016, p.17).

Es tracta d'una violació dels drets humans i reproductius de les dones i aquesta pot ser exercida fiscalment en el seus cossos, realitzant procediments innecessaris, pràctiques clíniques injustificables, tècniques mal realitzades, manca de respecte dels temps o del desenvolupament fisiològic dels processos físics durant l'embaràs, part i puerperi. O bé pot constituir violència psicològica mitjançant la infantilització de les dones, tracte despectiu o humiliant, insults i vexacions; així com l'expropiació dels seus drets d'informació, autonomia i intimitat, i en tot cas afectant-les física i psicològicament (García, 2015).

En definitiva es pot afirmar que la VO:

Involucra qualsevol acció que interfereixi negativament en el procés reproductiu natural i biològic, expressada en un tracte deshumanitzat per part dels professionals de la salut i altres grups de suport, i aquesta pot ser de caràcter físic i psicològic (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, C. 2015. p.143).

Cal dir també que l'espai físic, l'entorn on s'atén a les dones en si mateix, o l'ús que se'n fa, pot ser afavoridor d'aquesta violència i submissió, o per el contrari suposar un entorn alliberador.

La importància dels espais o el seu ús, sumat al procés de despersonalització que se sol produir en els centres sanitaris, poden fer que, com expliquen Müller y Parra (2015), "una dona adulta, madura, formada i independent, es transformi en algú dependent, sense capacitat de decisió ni autonomia, que adopta el rol de "bona dona", que acata les instruccions i ordres sense preguntar, i acaba callada, empetitida i deixant-se fer." (p.147).

Alguns autors classifiquen la manca de respecte a les dones durant el part, en funció de si aquesta és exercida a nivell individual, a nivell estructural per deficiències del sistema sanitari, o a nivell de polítiques sanitàries que suposen una desviació dels estàndards de qualitat de les cures o inclús una vulneració dels drets humans (Freedman et al, 2014).

Per altra banda, també se'n diferencien graus. És evident que no sempre la violència és exercida en la mateixa intensitat, perquè en ocasions es tractarà d'una violència evident, i intensa i en altres es donarà com explica Valls (2009), de manera més subtil, en forma de microviolències, podent passar inadvertida per part dels/les professionals i inclús de les dones que són ateses. La inadvertència, normalització i assumpció d'aquesta està directament vinculada al fet de que la VO és un concepte íntimament lligat al gènere.

5.3 Marc normatiu per a la comprensió de la Violència Obstètrica

La defensa dels drets sexuals i reproductius està directament relacionada amb la lluita per a l'atenció obstètrica respectuosa, ja que és la reivindicació del dret de les dones a decidir i a estar informades, a rebre una atenció no jerarquizada, en la que es permeti prendre les decisions relatives a la seva salut, i que afecten el desenvolupament de la seva sexualitat i reproducció.

En aquest sentit, la demanda pel dret a l'atenció respectuosa en el part es pot pensar com a dret sexual; dret reproductiu; dret de les dones a una vida lliure de violència; dret a la igualtat entre els gèneres; dret a la salut de les dones, les seves parelles i criatures; dret de les dones sobre els seus cossos; dret a l'autonomia personal; dret a un tracte digne i respectuós (Lorenzo, 2013. p17).

L'àmbit jurídic, en molts casos, encara no ofereix resposta a l'autoritarisme misògin que en ocasions es demostra en el sistema sanitari (Villarmeia i Massó, 2015).

Villarmeia i Fernández (2012) reflecteixen com les pràctiques sanitàries tendeixen encara a excloure les dones embarassades de les lleis que protegeixen els drets humans enfront de les aplicacions de la medicina, o la llei de protecció de drets del pacient.

Això contribueix en que, igual que ocorre amb la resta de violències de gènere, la VO sols arriba als tribunals quan provoca lesions físiques molt greus, i com refereix Fernández (2015), en la resta d'ocasions queda "oculta, igual que la ferida emocional que acompanya aquestes situacions" (p. 124). De fet, alguns autors especifiquen que el fet de no tenir una llei específica contribueix en que sols els casos més greus, en els que hi ha hagut importants seqüeles físiques siguin jutjats (García, 2015).

Faneite, Feo i Toro (2012) afirmen que "la violència contra les dones constitueix un problema d'Estat, ja que és una de les transgressions més freqüents dels drets humans, i

es constitueix un problema de salut pública que genera alts costos tant econòmics com socials.”(p4).

Així doncs, iniciatives internacionals com la Convenció sobre l'Eliminació de totes les Formes de Discriminació Contra la Dona (ONU 1979) i la Convenció Interamericana per a Prevenir, Sancionar i Erradicar la Violència contra la Dona (Belem do Para, 1994) estableixen un marc legal perquè els països puguin legislar per a la protecció dels drets sexuals i reproductius de les dones i, més concretament, també sobre VO.

La VO en l'àmbit jurídic podria enquadrar-se com a violència de gènere, o com violència contra els pacients, és a dir, com un dret humà i com a dret a la salut. (Villaverde, 2006)

Pel que fa a legislacions específiques, el primer país que va incloure la VO en la seva legislació va ser Veneçuela a 2007 mitjançant la Llei Orgànica 38.668 veneçolana sobre el Dret de les Dones a una Vida Lliure de Violència. La iniciativa va ser seguida per diversos països llatinoamericans on també tipificaren clarament la VO, com a l'Argentina, mitjançant la Llei Nacional 25.929 de part humanitzat de 2004, i a Mèxic, mitjançant la modificació en 2014 de la Llei d'Igualtat entre Homes i Dones i la Llei de Dret de la Dona a una Vida Lliure de Violència (García, 2018).

En el document publicat per Nacions Unides (2016) s'explica que:

La tendència reguladora no s'ha focalitzat sols en la incorporació de tipus penals per sancionar la violència obstètrica. En ocasions, les normes estan incloses en les lleis de protecció integral contra totes les formes de violència (com és el cas de Veneçuela, Argentina, Mèxic i Panamà) mentre que en altres casos es tracta de regulacions incloses en altres cossos normatius. En aquests últims supòsits, a cops es tracta de normes de menor jerarquia però igualment rellevants en la regulació dels aspectes vinculats amb les prestacions a càrrec d'equips de salut.

La incorporació de la violència obstètrica en la legislació de protecció integral permet ubicar la seva dimensió estructural: es tracta d'una de les manifestacions de violència que es dona en el marc de la subordinació de les dones, basades en relacions desiguals de poder entre els gèneres. D'una manera similar, al emmarcar la violència obstètrica en les regulacions que especifiquen els drets de les dones en relació amb l'embaràs, part i postpart, o en el marc dels drets de pacients en

termes més amplis, també s'atén a la dimensió estructural d'una qüestió que troba el seu origen en la relació asimètrica de poder en l'exercici de la medicina. (p20)

Com refereix Nuñez (2016), és fonamental tenir en compte que els estats tenen responsabilitat en relació al reconeixement i protecció dels drets reproductius. Aquesta responsabilitat diferencia tres nivells d'obligació:

L'obligació de respectar que suposa que l'Estat ha de reconèixer l'existència dels drets reproductius i no ha de privar arbitràriament a les persones de qualsevol d'ells en raó d'usos i costums o creences religioses, facilitant l'accés de les persones a gaudir d'aquests drets. L'obligació de protegir en la que el govern ha de promulgar i aplicar lleis perquè les dones i els homes puguin exercir els seus drets reproductius. El govern també ha d'establir òrgans per investigar i proporcionar recursos eficaços. El deure de complir o garantir obliga els Estats a adoptar les mesures legislatives, administratives, pressupostàries, judicials i d'una altra índole que siguin necessàries per a la plena realització dels drets reproductius. (p46-47)

A nombrosos països europeus i així com als Estats Units les lleis de protecció de violència contra les dones proporciona un model i un marc per abordar les causes arrelades de VO, la incorporació de la VO en aquests marcs existents proporcionarien oportunitats de finançament de la investigació i mecanismes de restitució de víctimes, a més de la possibilitat de finançar una educació basada en el respecte dels drets i en la prevenció de maltractaments durant l'atenció obstètrica. (Diaz-Tello, 2016).

Concretament a Espanya no es disposa d'una legislació específica contra la VO, que la reconegui com a tal, i la tipifiqui com a delictes. Però com s'explica a continuació, sí que existeixen lleis per a la protecció dels drets sexuals i reproductius, i els drets del pacient, fet que hauria de traduir-se en una protecció del dret a rebre una atenció obstètrica, humanitzada i lliure de violència.

Però cal dir que a Espanya, com en la majoria de països que no tenen una legislació específica, a més de disposar com de normativa de protecció indirecta, en els darrers anys, també promouen mitjançant polítiques, guies i protocols esmentats anteriorment (a l'apartat 3) l'atenció obstètrica humanitzada i respectuosa.

A més, l'atenció sanitària a Espanya està vinculada a la normativa específica que afavoreix la protecció de la dona durant l'atenció obstètrica rebuda, com s'apunta a continuació.

En primer lloc i de manera general la Constitució Espanyola (1978) en el seu article 43, apartat 1, reconeix "el dret a la protecció de la salut".

A més la Llei 14/1986, de 25 de abril, General de Sanitat, en el capítol I dels principis generals, concretament a l'article 3 especifica:

Les polítiques, estratègies i programes de salut integraran activament en els seus objectius i actuacions el principi d'igualtat entre dones i homes, evitant que, per les seves diferències físiques o pels estereotips socials associats, es produeixin discriminacions entre ells en els objectius i actuacions sanitàries.

Per altra banda, la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria de informació i documentació clínica, en els articles 2, 4 i 8 recull els principis d'autonomia i consentiment, informació i intimitat.

Així com la Llei 5/2003, de 4 d'abril, de Salut de les Illes Balears que, a més que a l'article 11 fa referència al dret a la informació assistencial, i al 12 al consentiment informat, a l'article 7 fa referència als drets específics de la dona durant la gestació, el part i el puerperi:

- a) Obtenir informació continuada, completa i adequada sobre l'evolució de l'embaràs, part i postpart i estat del seu fill, expressada en termes comprensibles.
- b) Rebre una atenció prenatal adequada i una educació maternal efectuada per un professional capacitat i estar acompanyada per una persona de la seva confiança durant el prepart, part i postpart, excepte causa suficientment justificada.
- c) Ser informada adequadament de les diferents opcions de part, ja sigui natural, amb analgèsia, mitjançant cesària o qualsevol altra modalitat, amb els avantatges i inconvenients de cada opció; ser la protagonista sobre la decisió del tipus i de la modalitat del part que desitja amb l'assessorament dels professionals sanitaris; decidir les intervencions no estrictament necessàries des d'un punt de vista clínic, excepte en els casos on la urgència de la situació ho impedeixi.

- d) Escollir durant el part i el postpart un únic professional referent del seu cas, quan siguin més d'un els professionals que l'atenen.
- e) Tenir el nadó al seu costat des del moment del naixement i durant tota la seva estada hospitalària, sempre que la salut d'ambdós ho permeti; obtenir còpia de l'informe d'alta amb totes les dades del part i el resum de l'estat neonatal.
- f) Obtenir de l'organització de l'hospital els recursos necessaris per facilitar la lactància materna, d'acord amb les recomanacions de les autoritats sanitàries; obtenir informació sobre un altre tipus d'alimentació quan la lactància materna no sigui possible o bé no sigui l'opció elegida.
- g) Atenció domiciliària durant i després del part, si n'és el cas.
- h) Que es respectin les recomanacions de la Organització Mundial de la Salut a totes les dones que així ho demanin.

També cal destacar, la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, que en el capítol II Mesures en l'àmbit sanitari, article 7, concreta l'obligació dels serveis públics a:

“garantir una atenció a la salut sexual i reproductiva integral i basada en el millor coneixement científic disponible. L'accés universal a pràctiques clíniques efectives de planificació de la reproducció. La provisió de serveis de qualitat per atendre les dones i les parelles durant l'embaràs, el part i el puerperi i una atenció perinatal, centrada en la família i en el desenvolupament saludable.”

Així com la Llei 11/2016, de 4 d'agost, d'igualtat de dones i homes, que en el capítol IV referent a la salut estableix:

“un seguit de disposicions generals sobre polítiques específiques envers la salut de les dones, l'impuls per part de l'administració sanitària de plans de formació entre el personal tècnic i de gestió dels serveis socio-sanitaris, així com la sensibilització. Al mateix temps, preveu el mandat d'impulsar la investigació sobre les desigualtats de gènere en l'àmbit de la salut i també l'elaboració de materials divulgatius adreçats a les dones i de protocols d'actuació en els serveis de salut d'atenció primària.”

Per últim, també cal esmentar als codis ètics i deontològics dels professionals que treballen en l'atenció a les dones durant l'embaràs, part i puerperi, (comares i obstetres) que fan referència als principis ètics de:

No maleficència, que inclou no infligir danys, no fer distinció de tracte i el secret professional.

Beneficència, referent a fer el bé, per obtenir els màxim beneficis i els mínims riscos per els pacients i no caure en el paternalisme.

Autonomia, que inclou el consentiment informat, el respecte a la persona i a les seves conviccions, opcions i eleccions.

El principi de justícia distributiva o equitat.

A continuació es recullen codis ètics professionals que a més, fan referència directa a l'atenció, respectuosa, humanitzada i de qualitat com ara el Codi Internacional d'Ètica per a les comares (1999), i el Codi de deontologia mèdica, del consell general de col·legis oficials de metges (2011).

A l'annex 1 es recullen els continguts de lleis i codis esmentats.

Però anant un pas més enllà en la legislació esmentada Gallego (2019) explica que la les implicacions jurídiques de la VO, es relacionen amb la pèrdua per part de les dones de la seva la condició legal de subjectes de dret, veient afectats els seus drets fonamentals, d'autonomia i el consentiment informat, i refereix que:

La legalitat vigent en matèria sanitària es basa en un model autonomista, amb limitades excepcions, no essent la situació d'embaràs i part una d'elles, sinó circumstàncies d'especial protecció. Diferents enquestes mostren que hi ha un percentatge significatiu de dones que s'han enfrontat a obstacles pel que fa als seus drets fonamentals d'autonomia i consentiment informat. Davant d'aquesta situació, multitud de propostes se centren en afegir una dimensió ètica a l'assistència sanitària i en superar concepcions androcèntriques i individualistes de l'autonomia a favor d'autonomies de tipus relacional que incorporin el context i la vulnerabilitat.

5.4 Del foment de la humanització de l'atenció obstètrica, al reconeixement de la Violència Obstètrica.

La construcció del dret a l'atenció obstètrica respectuosa o humanitzada, es dona fonamentalment entorn de la crítica del model biomèdic d'atenció de la salut, i en termes més generals, als processos de medicalització de la vida.

Explica Lorenzo (2013) que:

“El qüestionament de la medicalització del part és un procés del qual participen organismes internacionals (com l'OMS, l'OPS i el CLAP), part de les organitzacions mèdiques (en general, les societats de perinatologia), organitzacions i moviments socials lligats al feminisme i l'humanisme i organitzacions o agrupacions de llevadores i d'usuàries.”(p.3).

La dècada dels 80 es reconeix com l'inici del moviment per al reconeixement dels drets de les dones i la humanització de l'atenció obstètrica. Es defineix la ja esmentada Declaració de Fortaleza (OMS, 1985), com a punt d'inflexió, degut a que suposà la revisió del model biomèdic d'atenció a l'embaràs i el part, al considerar-se que la sobremedicalització a la que s'havia arribat, no respectava el dret de les dones a rebre una atenció adequada que tingués en compte les seves expectatives, necessitats, i autonomia. Així, es van emetre recomanacions per tal d'evitar certes pràctiques clíniques sistematitzades que s'havien assumit com a necessàries, sense ser-ho. Però el més destacat fou que la OMS va explicitar el dret de les dones a rebre una atenció al part adequada, centrada en ella, que inclogui la seva participació activa en la planificació, execució i avaluació de les cures, així com una atenció integral i holística. Des d'aleshores nombrosos estudis, guies, protocols i recomanacions es centraren en la humanització de l'atenció als processos reproductius i posaren el focus d'atenció en la importància de tenir en compte els factors biopsicosocials de les dones, així com la dignitat i autonomia d'aquestes.

Com expliquen Biurrun y Goberna (2013), així s'anà incorporant el concepte d'atenció humanitzada, com aquella que situa a la dona en el centre de l'atenció, i basa la pràctica clínica en l'evidència, reconeixent el coneixement científicament sòlid també com a component essencial de l'atenció humanitzada al naixement.

La defensa de l'atenció humanitzada, seguí doncs, el camí natural, afavorit per la demanada social i l'activisme feminista, i les lleis promulgades per alguns estats, cap a la defensa d'una atenció lliure de violència, i així més recentment, com recull Gherardi, (2016), organismes internacionals destacats elaboraren documents i recomanacions en matèria de violència patida durant l'atenció obstètrica.

L'Oficina de l'Alt Comissionat de Nacions Unides per als Drets Humans (OACNUDH, 2012) publicà les “Orientacions tècniques sobre l'aplicació d'un enfocament basat en els drets humans a l'execució de les polítiques i els programes destinats a reduir la mortalitat i morbiditat prevenibles associades a la maternitat”. Aquest document, estableix les bases per a realitzar un treball des d'una perspectiva de drets humans encaminada a evitar la mortalitat materna i la VO.

Concretament segons Gherardi, N. (2016)

“En línia amb les propostes d'aquestes orientacions tècniques, l'objectiu de les polítiques que es proposen abordar la violència obstètrica des d'un enfocament de justícia social és que les dones puguin empoderar-se en el procés d'atenció de la seva salut, exigint respostes a l'Estat mitjançant el personal sanitari en tots els nivells. Des d'aquesta conceptualització, la violència obstètrica és analitzada com una violació dels drets humans.” (p19).

La Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació en contra de la dona (CEDAW, 2013), demana als estats adoptar mesures que eliminin la discriminació en contra les dones i recomana que els serveis d'atenció mèdica garanteixin el lliure accés a serveis relacionats durant l'embaràs, part i puerperi, a més de comptar amb serveis de maternitat gratuïts i sense risc, els quals també han de ser lliures de discriminació racial i edat.

La OMS el 2014 va difondre la declaració per a la Prevenció i erradicació de la manca de respecte i el maltractament durant l'atenció del part a centres de salut, reconeixent que quan les dones pateixen un tracte irrespectuós i ofensiu durant el part es violen els seus drets humans, i alhora es posa en risc el seu dret a la vida, a la salut, a la integritat física, i a no ser discriminades.

Per últim, recentment, la OMS (2018) va publicar la nova guia de Recomanacions de cures intrapart per a una experiència de naixement positiva, en la qual es recomana

l'atenció a la maternitat que eviti el maltractament, i insta millorar el suport dels governs en el desenvolupament, en relació amb les investigacions i accions sobre el maltractament i la falta de respecte, així com a iniciar, recolzar i mantenir programes dissenyats per millorar la qualitat de l'atenció de la salut materna, centrant-se en l'atenció respectuosa com a component essencial de l'atenció de qualitat. A més de realçar el dret de les dones a rebre una atenció de la salut digna i respectuosa en l'embaràs i el part, reconeixent la necessitat de generar dades relacionades amb les pràctiques d'atenció respectuosa i irrespectuosa, els sistemes de responsabilitat i el suport professional valuós, essent imprescindible involucrar les parts interessades, incloses les dones, en els esforços per millorar la qualitat de l'atenció i eliminar les pràctiques ofensives i irrespectuoses. Apela a que aquestes entitats uneixin esforços per garantir la identificació i la notificació sistemàtiques del maltractament i la falta de respecte, i perquè s'executin les mesures preventives i terapèutiques pertinents a nivell local.

5.5 Activisme feminista i visualització de la Violència Obstètrica.

Per tal de visibilitzar un problema i entendre com passa de ser un problema privat a ser un problema públic, com expliquen Bosch i Ferrer (2000) “és imprescindible analitzar el paper que ha jugat el moviment feminista” (p.11) en cada cas.

Com refereix Bellón (2015), la crítica i les reivindicacions al voltant del part existeixen des de fa dècades, així com l'activisme per part de moviments a favor dels drets de les dones i la salut reproductiva. I més concretament, el terme VO ha estat promogut, per moviments socials per denunciar les pràctiques irrespectuoses i violentes.

Les queixes, demandes de la població, molts cops recolzades per l'activisme d'associacions feministes, en pro dels drets de les dones, suposaren el moviment social precís per tal que s'iniciés un procés de visualització del problema de la sobremedicalització de l'atenció obstètrica i el maltractament en els processos reproductius.

En aquest sentit en l'àmbit estatal cal destacar el treball de les associacions *El Parto es Nuestro*, *Dona Llum*, *Plataforma Pro Derechos del Nacimiento*, *Criar con Apego y Nacer en Casa*, i a nivell autonòmic l'Associació Naixença, que han contribuït a fer pales el

model assistencial en torn a l'embaràs, part i puerperi a Espanya, per tal de reclamar i afavorir canvis legals, socials i polítics en aquest sentit.

Més concretament, les associacions per al respecte dels drets reproductius i de l'atenció humanitzada com afirmen Villarrema, Olza i Recio (2015), “han contribuït a fer visible la situació del part i naixement a Espanya; a obrir l'espai argumental perquè en el camp de l'obstetrícia puguin sorgir debats que són tècnicament controvertits i a implementar canvis legals, socials i polítics de gran abast dins del seu propi context.”(p157).

Sánchez et al (2012) citant a (Baumbusch, 2010: 185), destaca que el moviment social feminista des dels pressupòsits d'una etnografia crítica ha contribuït innegablement a canviar la mentalitat no sols de les dones i famílies sinó també dels professionals de la salut.

Associacions de professionals, com ara la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), així com les associacions autonòmiques de comares que la conformen, s'han pronunciat sobre la importància del part humanitzat i el rebuig a la VO, ja sigui amb iniciatives per afavorir l'atenció obstètrica respectuosa (FAME, 2011), o bé emissió de comunicats, específics en determinats casos de VO.

Així mateix, associacions de professionals relacionats amb l'atenció obstètrica, es posicionen contra la VO, així com la Federació Internacional d'Associacions d'Estudiants de Medicina (IFMSA) que manifesten que es comprometen

“amb la defensa dels drets de les dones i l'equitat de gènere, adoptant la posició d'estar en contra de totes les formes i pràctiques de la violència obstètrica i reconeix que la majoria d'aquests escenaris estan profundament arrelats en els nostres sistemes de salut, en l'educació mèdica i en l'estigma i la discriminació basats en el gènere que, es proposen una pràctica obstètrica no discriminatòria que tingui en compte el pacient en tots els seus actius i que compleixi no només amb l'eficiència tècnica basada en l'evidència sinó també amb un suport de salut humà”.

(p1).

5.6 Estudi de la Violència Obstètrica des dels diferents prismes

En els últims anys s'ha incrementat la investigació sobre VO, ja que a més de definir el problema es precis conèixer-lo en profunditat des de tots els prismes. Així doncs, un cop

definida és vital analitzar la pràctica clínica i les taxes de determinades tècniques, així com diferenciar i estudiar el punt de vista dels professionals, i el que és més important, conèixer l'opinió de les dones.

Com recullen Savage i Castro (2017) s'han realitzat múltiples estudis sobre l'atenció obstètrica no humanitzada, poc respectuosa o concretament sobre VO utilitzant una variada terminologia per a estudiar un mateix problema.

Algunes revisions sistemàtiques són un bon recull sobre la bibliografia publicada en els darrers anys sobre el tema.

Revisions sistemàtiques sobre l'evidència del maltractament de les dones durant el part en els centres sanitaris (Bohren et al, 2015), demostren aquest maltractament es pot produir per part dels professionals, però també per mancances del sistema sanitari. I proposen el desenvolupament d'eines de mesura i de programes de millora.

Altres revisions (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, i Gülmezoglu, 2018; Williams et al, 2017) també reflecteixen la importància d'entendre els processos obstètrics com a fets biopsicosocials, en els que les dones valoren positivament una atenció propera, respectuosa i humanitzada.

Evidentment, la variabilitat de l'atenció obstètrica és molt amplia, depenent del país, comunitat autònoma o inclús de centre assistencial, existeixen notables diferències. Però els següents estudis són un reflex que l'atenció poc respectuosa i no humanitzada és universal i és estudiada arreu del món.

Com hem vist, a Llatinoamèrica és on més estudis s'han realitzat sobre la manca de respecte durant l'atenció obstètrica i sobre VO concretament, (Da Silva i Santana 2017; Machado et al, 2018; Marqués i Lucas, 2010, Miller et al, 2003; Oliveira, Costa, Monte, Veras, i Sá, 2017; Pereira, Domínguez i Toro, 2015; Quispe i Orealiz, 2019; Terán, Castellanos, González i Ramos, 2013; Valdez, Hidalgo, Mojaró i Arenas, 2016), entre altres motius per ser pioners en legalitzar el terme i per tant analitzar-lo en profunditat.

Però als Estats Units i Canadà també s'ha estudiat el maltractament durant el part i la VO (Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser, i Misago, 2013; Bohren et al, 2015; Borges, 2017; Diaz-Tello, 2016), on sense un marc legal tan específic l'atenció sobremedicalitzada s'obre camí impulsada per una pobre protecció dels drets laborals de les dones, el poder de les assegurances mèdiques privades i la normalització de l'increment de l'ús de tècniques

quirúrgiques per finalitzar processos fisiològics, el que implica elevades taxes de cesàries (Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser, i Misago, 2013; Bohren et al, 2015; Borges, 2017; Diaz-Tello, 2016).

Estudis realitzats al continent africà (Balde, Bangoura, Sall, Soumah, Vogel i Bohren,, 2017; Banks, Karim, Ratcliffe, Betemariam, i Langer, 2017; Burrowes, Holcombe, Jara, Carter, i Smith 2017; Chadwick, 2016; Ishola, Owolabi, i Filippi, 2017; Sando et al, 2016), revelen també abusos físics i psicològics durant l'atenció al part, posant de manifest que aquests s'agreugen quan les condicions socioeconòmiques són desfavorables.

Alguns estudis realitzats en els països l'orient mitjà (El-Haffez G, 1990; Hameed i Avan, 2018; Hatamleh, Shaban i Homer, 2013; Rahmani i Brekke, 2013), demostren que la primerenca edat del matrimoni i per tant dels embarassos, associat a l'analfabetisme, incrementen la manca de cura prenatal i les complicacions obstètriques. I per altre banda en els casos en els que es disposa de més recursos econòmics, les dones descriuen el part com una experiència deshumanitzada, cada cop més tecnològica i amb menys suport personalitzat.

Continuant amb el continent asiàtic (Afsana i Rashid, 2001; Hulton, Matthews i Stones, 2007), a la Índia moltes dones no reben atenció sanitària durant l'embaràs i/o el part, i quan ho fan, alguns estudis realitzats demostren també una atenció molts cops inadequada i sovint deshumanitzada.

Els estudis esmentats, així com també refereix Filippi, et al (2006) deixen entreveure l'agudització del problema quan l'estat o comunitat estudiada no disposa de recursos financers, humans o d'informació. Essent la pobresa un element vulnerabilitzador, també en l'atenció pre i postnatal.

A Europa, a més dels estudis citats realitzats a Espanya, cal destacar l'estudi (Lukasse et al, 2015) que donava a conèixer l'existència de l'abús durant l'atenció sanitària (Bèlgica, Islàndia, Dinamarca, Estònia, Noruega i Suècia) i la relació d'aquest amb les característiques obstètriques, conclouent que l'atenció obstètrica ha de ser una oportunitat per que la dona rebi una atenció propera i humanitzada.

Però en definitiva, es pot afirmar que la VO es presenta sense importar religió, edat, nivell socioeconòmic i educatiu; això vol dir que tot i que es destaquen factors de risc que a

n'augmenten la possibilitat, totes les dones són vulnerables a patir-la. (Crespo, Sánchez i Domínguez, 2018).

Pel que fa al punt de vista adoptat per a la elaboració de diferents estudis, en algunes publicacions s'ha estudiat el punt de vista dels/les **professionals**, i en aquests podem veure com són capaços d'identificar quan el comportaments no són sempre respectuosos, ni adequats, i com són conscients que es produeix VO. (Gray, Mohan, Lindow i Farrell, 2019). Reconeixen que en moltes ocasions es produeixen abusos físics i verbals, però que aquests no són intencionats, i en la majoria de casos són afavorits per les debilitats del sistema sanitari. (Burrowes, Holcombe, Jara, Carter, i Smith, 2017; Kareny, Conceição das Mercês, Amorim, Pereira i Santana, 2015). I en determinats estudis (Faneite et al, 2012), un elevat percentatge reconeixen haver presenciat maltractament a dones gestants.

Altres raons que poden afavorir que s'infligeixi VO com explica Olza (2014), poden ser, a més de la “manca de formació en tècniques per afrontar aspectes emocionals i sexuals del part, un propi trauma no resolt o bé el síndrome del burnout, associant aquest de nou a les mancances dels sistema sanitari.” (p79).

En els estats on s'ha legislat, s'ha afavorit el coneixement del terme VO entre els/les professionals però, molts/es desconeixen els mecanismes de denúncia i molts pocs n'han denunciat algun episodi (Faneite et al, 2012).

Però sobretot es pot afirmar que molts dels estudis realitzats es basen amb l'opinió o percepció de les **dones**. En ells s'estudien les seves percepcions sobre la importància de l'atenció humanitzada, informada i participativa (Ferreiro et al, 2013), posant èmfasi en la importància del component relacional entre les dones i els/les professionals, (Bravo, Uribe, i Contreras, 2008) entenent que, per al seu benestar és imprescindible el “bon tracte” (Uribe et al, 2008). També s'han estudiat i identificant casos de VO reportats per les dones, en format enquesta o entrevistes (Da-Silva i Santana, 2017; Iglesias, Conde, González i Parada, 2019; Mazingo, Davis, Thomas i Droppleman 2002; Oliveira et al 2017; Rodríguez i Aguilera, 2017; Santiago, Solórzano, Iñiguez i Monreal, 2015).

Els estudis insisteixen en que les dones identifiquen actes de VO a pesar de, en molts de casos, desconèixer el terme utilitzat per a agrupar-los (Terán, Castellanos, González i Ramos, 2013); però també advertint del desconeixement dels propis drets per part de les pacients, i de com denunciar els abusos durant l'atenció obstètrica. (Da Silva et al, 2016; Pereira et al, 2015).

Es recull així mateix (Nuñez, 2017), la normalització d'aquesta violència en la societat, i l'efecte d'aquesta normalització sobre la perpetuació d'aquest comportament.

Aquests estudis basats en les opinions i experiències de les dones, en moltes ocasions coincideixen amb la importància del reconeixement del problema per part dels/les professionals i amb la necessitat que es treballi per tal de evitar-la. (Elmir, Schmied, Wilkes i Jackson, 2010; Valdez Hidalgo, Mojarro i Arenas, 2016)

D'altres recullen alhora ambdós discursos per confrontar-los i analitzar-ne les coincidències i discrepàncies. (Oliveira i Penna, 2017; Schwarz, 2009)

Per tant, com dèiem, cal entendre la VO com a violència basada en el gènere i analitzar-la des de tots els prismes, posant èmfasi en la veu de les dones.

En definitiva, els resultats d'aquests tipus d'estudis posen de manifest la necessitat de seguir visibilitzant la VO i, com recomana la OMS (2014), realçar el dret de la dona a rebre una atenció de la salut digna i respectuosa en l'embaràs, el part i puerperi; pel que és essencial seguir investigant i accionar el diàleg i mesures de suport precises respecte a aquest important problema de vulneració de drets de les dones i, per tant, de drets humans.

OBJECTIUS

L'objectiu general de la tesi és realitzar una anàlisi de l'atenció al procés reproductiu, a les Illes Balears, valorant si s'ofereix una atenció que compleix els estàndards establerts, i si aquesta és respectuosa, humanitzada i lliure de violència.

Per tal que l'anàlisi sigui completa és imprescindible conèixer els tres punts claus de l'atenció obstètrica:

- Dades numèriques assistencials i protocols d'actuació
- Opinió dels/les professionals
- Valoració de les dones ateses

Així doncs, es plantegen tres objectius específics, el primer d'ells és establir el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia d'atenció al part normal (Ministeri de Sanitat, 2007), als centres hospitalaris públics de les Illes Balears, per tal de valorar en quin grau els processos assistencials són d'acord a l'estàndard d'una atenció respectuosa.

El segon és conèixer l'opinió dels/les professionals sobre l'atenció obstètrica en referència al tracte ofert, adequació de la pràctica clínica, i respecte als drets d'autonomia, informació i intimitat.

Per últim, el tercer objectiu específic és explorar en profunditat les percepcions i opinions de les dones que han patit VO respecte a l'atenció rebuda durant el procés d'embaràs, part i puerperi, posant especial esment en les dimensions pròpies que defineixen la VO.

METODOLOGIA

Per tal de cobrir els objectius esmentats es portaren a terme tres estudis, cada un d'ells centrat en resoldre un dels objectius específics (Taula 3).

En primer lloc, per tal de complir amb el **primer objectiu específic** i conèixer en profunditat el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia d'atenció al part normal (Ministeri de Sanitat, 2007), als centres hospitalaris públics de les Illes Balears, es van analitzar les dades referents a l'atenció oferta en els hospitals i l'adequació d'aquestes als estàndards recomanats que recull l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut publicada pel Ministeri de Sanitat, que marca els indicadors quantitius i qualitius, per tal d'establir els estàndards mínims de qualitat de la pràctica clínica en l'atenció al part.

Així doncs, es realitzà el següent estudi:

Llobera, R., Alfaro, C., i Herrero, C. (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. *Medicina Balear*, 31 (2), 37-44.

doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37

Es tracta d'un Estudi descriptiu de la informació quantitativa, referida a determinats diagnòstics i als procediments, que recull el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) dels hospitals públics de Balears, aportada pel Servei de Salut. També s'analitza el grau de compliment de les recomanacions qualitatives, tal com recomana l'Estratègia, a partir de la recollida d'informació sobre l'existència de protocols d'atenció al part de cada hospital.

Val a dir que el CMBD és un banc de dades exhaustiu sobre activitat i morbiditat sanitària, elaborat a partir de la informació facilitada pels centres sanitaris. Aquest, recull el conjunt de dades administratives i clíniques de manera estandarditzada per a cada episodi assistencial, i això permet conèixer la morbiditat atesa en els hospitals de sistema sanitari. Les seves dades són de gran utilitat per a la presa de decisions de gestió, planificació i avaluació, tal com disposa el capítol V de la Llei 16/2003, de 28 de maig del 2013, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

El CMBD suposa un extracte impersonal d'informació administrativa i clínica, que ha de ser recollida a partir de l'informe d'alta.

L'informe d'alta està regulat per l'Ordre del Ministeri de Sanitat i Consum, de 6 de setembre de 1984 i recollit a la Llei 5/2003, de 24 d'abril, de salut de les Illes Balears i constitueix el document bàsic d'informació per al pacient i per als professionals.

L'obligació de registrar el CMBD i l'obligatorietat per part dels centres públics i privats d'enviar-lo a l'administració sanitària competent, va ser objecte de regulació per Resolució de la Secretaria General del Sistema Nacional de Salut, de 24 de gener de 2002, i per diverses disposicions de les comunitats autònomes competents en aquesta matèria

Així, mitjançant la informació recollida en el CMBD, es poden analitzar els indicadors quantitatius de la esmentada l'Estratègia, fet que ens permetia avaluar en part el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica als centres hospitalaris públics de les Illes Balears.

Les variables quantitatives incloses en aquest estudi foren l'edat de la mare, el centre hospitalari, i les referides als indicadors que recull l'Estratègia. La base de dades incloïa els diagnòstics, el GRD i els procediments. Es crearen les variables: parts eutòcics, parts instrumentats (especificant el tipus: fòrceps, ventosa o altres), cesàries, episiotomies i anestèsia epidural.

A partir de les dades del CMBD, s'analitzà la informació que recomana l'estratègia. Les dades oferides foren les referents al període del 2012 al 2014, que és el darrer any del qual es disposava d'informació codificada d'anys complets en el sistema de informació del Servei de Salut de les Illes Balears en el moment de fer l'estudi. L'autorització per accedir a les dades es sol·licità el mes de novembre del 2015 i s'oferiren les dades el gener del 2016.

Amb la informació del CMBD es constituí una base de dades en Excel i s'analitzà amb el programa SPSS v22 per a Windows. L'anàlisi estadística fou purament descriptiva i es va fer globalment i per hospital i per any, de cada indicador, per tal de comparar l'evolució de cada centre així com comparar entre ells.

D'altra banda, tal com indica l'Estratègia, es recolliren de cada hospital l'existència de protocols referits a l'atenció al part normal així com l'any d'instauració i darrera actualització. Es comprovà si contenien les recomanacions pertinents sobre els estàndards que indica la Estratègia.

Per cobrir el **segon objectiu específic** de conèixer l'opinió dels/les professionals sobre l'atenció obstètrica en referència al tracte ofert, adequació de la pràctica clínica, i respecte als drets de autonomia, informació i intimitat, es realitzà un estudi descriptiu transversal, que recollia l'opinió de les comares, que treballaven en el sistema sanitari públic de les Illes Balears, la referència del qual és:

Llobera, R. (2018). Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Profesión*, (1), 12-20.

En aquest cas, la investigació s'inicià amb una recerca bibliogràfica i tècnica de grup nominal que permeteren l'elaboració d'un qüestionari *ad hoc*, distribuït a les comares de atenció primària i hospitalària, del Servei de Salut de les Balears, per a la recollida de dades.

Es va optar per recollir l'opinió de les comares ja que en la sanitat pública com hem esmentat, són professionals de referència en l'atenció a la dona durant el procés d'embaràs, part i postpart fisiològics normals, però a la vegada també formen part de l'equip d'atenció a la dona quan es tracta d'un embaràs de risc, part distòcic o puerperi associat a complicacions o patologia. Per tant, acompanyen en tot cas, a la dona en el seu procés reproductiu, fet que permet que la seva opinió sobre l'atenció obstètrica sigui transversal al procés, i per tant, molt rellevant.

El projecte va ser avaluat i aprovat el 03 de juliol del 2017 per la comissió d'investigació de la gerència d'AP, del Servei de Salut de les Illes Balears.

En primer lloc, el qüestionari es va elaborar, després d'una recerca biogràfica exhaustiva i triangulació dels resultats amb la documentalista de GAP, i no es va trobar cap qüestionari que s'adequés per a la resolució dels objectius plantejats.

Per a l'elaboració d'aquest es varen identificar en la literatura els conceptes i enunciats relacionats amb la VO, que poguessin ser d'utilitat per a l'elaboració d'ítems. Posteriorment s'utilitzà la tècnica de grup nominal, en què l'equip de treball primer de manera individual, va treballar la generació d'idees, després de manera grupal la discussió i, finalment, el vot individual per afavorir la prioritització d'aquestes.

Aquesta tècnica ens permetia tenir en compte l'opinió d'experts/es, en aquest cas, individualment i en interacció entre ells/es posant en comú les idees per a la seva prioritització consensuada.

Per al grup nominal es va constituir un equip de 6 persones, seleccionant 5 comares que reunien experiència acadèmica, docent i assistencial en hospital i AP i una tècnica d'investigació que coordinà i dirigí el grup nominal. Per a cada dimensió es va dur a terme un procés de reflexió individual, seguit de l'enunciat d'un ítem per cada assistent realitzant cicles fins a esgotar les idees. Posteriorment es va procedir a la depuració i prioritització d'idees. Amb tot això es van generar unes deu propostes per a cada dimensió i l'equip investigador va seleccionar les més definitòries segons prioritització.

S'elaborà un qüestionari i es va fer una prova pilot, passant els qüestionaris a un grup de comares expertes i residents per a valorar la comprensió dels enunciats i resposta, i posteriorment es definí el qüestionari definitiu (Annex 2).

Cal dir que a l'encapçalament del qüestionari consten els objectius i s'indica la voluntarietat, de manera que el consentiment està implícit. Es garanteix l'anonimat ja que no s'identifica ni centre de treball ni el professional.

L'anàlisi estadística de les dades recollides fou descriptiva, oferint les freqüències absolutes i relatives de cada resposta. Es contrastaren els resultats entre comares d'AP i hospital mitjançant la prova de la Chi-quadrada. Finalment, es va estudiar la consistència interna de les dimensions mitjançant el càlcul de l'alfa de Crombach reduint els enunciats que aportaven menys consistència. L'anàlisi estadística es va dur a terme amb el programa SPSS per a Windows v22.

L'ús de la suma de tècniques qualitatives (en aquest cas grup nominal) i quantitatives (qüestionari per a la explotació estadística de dades quantificables) enriqueix la investigació, ja que ens permet enfocar el problema en la seva multidimensionalitat abans d'elaborar l'instrument que ens permeti quantificar les dades recollides.

Per últim, per tal de cobrir el **tercer objectiu específic** d'explorar en profunditat les percepcions i opinions de les dones que han patit VO respecte a l'atenció rebuda durant el procés d'embaràs, part i puerperi, posant especial esment en les dimensions pròpies que defineixen la VO, es realitzà un estudi qualitatiu amb enfocament fenomenològic, per tal d'emfatitzar l'experiència individual i descripció dels significats de les vivències de l'atenció rebuda, per explorar en profunditat les experiències de les dones, la referència del qual és:

Llobera, R., Ferrer, V.A. i Chela, X. (2019) Violència obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas.10* (1) ISSN: 1131-8635. doi: <http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886>

Aquest projecte també fou avaluat i aprovat el 02 de novembre del 2017 per la comissió d'investigació de la gerència d'AP, del Servei de Salut de les Illes Balears.

La recollida de dades es va fer mitjançant entrevista semi-estructurada per afavorir l'expressió personal dels sentiments i percepcions de les dones, centrats en les seves experiències durant l'atenció obstétrica, en un diàleg íntim entre la dona i la investigadora, de uns 40-60 minuts de durada.

Per a la entrevista es van identificar les dimensions més rellevants implicades en les experiències de VO, per a l'elaboració del guió de l'entrevista que va ser posteriorment pilotat. D'acord a la bibliografia es van incloure les següents dimensions:

- a) Percepció pel que fa al tracte rebut indicatiu de VO.
- b) Experiència pel que fa a pràctiques clíniques considerades VO.
- c) Valoració de l'entorn en el que es rep l'atenció obstétrica.
- d) Percepció del respecte als seus drets com a pacient (autonomia, informació, etc.).
- e) Agència i l'empoderament de les dones que han patit VO.
- f) Sentiments i emocions de les dones que han patit VO.

La població d'estudi van ser dones que havien patit una experiència de VO entre 2012 i 2018, ateses en el moment dels fets en un centre sanitari públic o privat de Mallorca i que decidiren lliurement participar en l'estudi.

Es va realitzar el tall a partir de l'any 2012 en concordança al primer estudi en els que s'analitzaren dades quantitatives sobre l'atenció obstétrica des del 2012.

Per a la selecció de participants es va sol·licitar col·laboració a una comare d'atenció primària (AP) de cada sector sanitari, accedint així a dones ateses en tots els hospitals de tota Mallorca, tant públics com privats. Es va informar a les comares dels objectius, criteris d'inclusió/exclusió i aspectes que conformen la VO (tracte deshumanitzat, sobremedicalització, pràctica clínica inadequada, vulneració dels drets de la pacient).

Es va realitzar un mostreig intencional i es va tenir en compte el nivell d'estudis, atenció rebuda en centres públics i /o privats i si el tipus d'experiència de VO viscuda durant el seguiment de l'embaràs i puerperi o bé durant el part per representar la major varietat de discursos. Es van realitzar 12 entrevistes, que van permetre la saturació del discurs. Es va registrar el contingut amb una gravadora d'àudio, previ consentiment de les participants, i es van transcriure posteriorment.

Es realitzà una anàlisi exhaustiva del contingut de les transcripcions i es va utilitzar el suport programari d'anàlisi qualitativa NVivo11.

Les investigadores van elaborar conjuntament un arbre de codis segons els objectius de l'estudi. Per tal de garantir la validesa interna, cadascuna d'elles va analitzar de forma individual les transcripcions per després posar en comú l'anàlisi i acordar les conclusions. Una selecció de les transcripcions considerades més representatives es van incloure a l'article (algunes d'elles traduïdes del català al castellà per a la publicació. Annex 3.) i la resta foren utilitzades així mateix per a la elaboració dels resultats discussió i conclusions de l'estudi.

Taula 3. Relació entre objectiu específic i publicació

OBJECTIUS ESPECÍFICS	ESTUDI /ARTICLE PUBLICAT
<p>1. Establir el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia d'atenció al part normal (Ministeri de Sanitat i Consum. 2007), als centres hospitalaris públics de les Illes Balears, per tal de valorar en quin grau els processos assistencials són d'acord a l'estàndard de una atenció respectuosa.</p>	<p>1. Llobera, R., Alfaro, C., i Herrero, C. (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. <i>Medicina Balear</i>, 31(2),37-44. doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37</p>
<p>2. Conèixer l'opinió dels/les professionals sobre l'atenció obstètrica en referència al tracte ofert, adequació de la practica clínica, i respecte als drets de autonomia, informació i intimitat.</p>	<p>2. Llobera, R. (2018). Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. <i>Matronas profesión</i>, (1), 12-20.</p>
<p>3. Explorar en profunditat les percepcions i opinions de les dones que han patit VO respecte a l'atenció rebuda durant el procés d'embaràs, part i puerperi, posant especial esment en les dimensions pròpies que defineixen la VO.</p>	<p>3. Llobera, R. Ferrer, V.A. i Chela, X. (2019) Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. <i>Investigaciones Feministas</i> 10(1), 167-184. doi:http://dx.doi.org/10.5209/INFE.60886</p>

PUBLICACIONS

A continuació es presenten les dades informatives de les revistes on s'han publicat els articles, posteriorment els documents de conformitat de les coautores de les publicacions i tot seguit es reproduïxen els tres articles esmentats.

L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema.

Dades informatives relatives la revista on s'ha realitzat la primera publicació.

Títol	MEDICINA BALEAR
ISSN relacionats	2255-0569
País	Espanya
URL	http://www.medicinabalear.org/
Àmbit	CIENCIAS MÈDIQUES I DE LA SALUT
Camp acadèmic	MEDICINA GENERAL I INTERNA
Indexada	Emerging Sources Citation Index , DIALNET
Avaluada	LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017)
Polítiques OA	Dulcinea , SHERPA/RoMEO
ICDS	ISSN 2255-0569,2255-0569,1579-5853 Índex de cites (Emerging Sources Citation Index) = +3.5 Antiguitat 33 anys (data inici: 1986) Prevalença $\log_{10}(30) = +1.5$ ICDS = 5.0

Matriz de Información para el Análisis de Revistas (MIAR). Versió 2019 live



Maria Carmen Herrero Orenga, com coautora del següent article:

Llobera, R., Alfaro, C. i Herrero, C. (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. *Medicina Balear*, 31(2), 37-44.
doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37

DECLARO:

Que accepto que la Sra. Rosa Llobera Cifre, presenti l'article anteriorment citat com a autora principal i formi part de la seva tesi doctoral. Aquest article no podrà formar part, en cap cas, d'una altra tesi doctoral.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

Palma de Mallorca, 01 Juliol del 2019.



Carmen Alfaro Pozo, com coautora del següent article:

Llobera, R., Alfaro, C. i Herrero, C. (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adecuació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. *Medicina Balear*, 31(2), 37-44.
doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37

DECLARO:

Que accepto que la Sra. Rosa Llobera Cifre, presenti l'article anteriorment citat com a autora principal i formi part de la seva tesi doctoral. Aquest article no podrà formar part, en cap cas, d'una altra tesi doctoral.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

Palma de Mallorca, 01 Juliol del 2019.

ORIGINAL

L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut

*Normal delivery care in public hospitals of the Balearic Islands.
Compliance with the recommendations of the Strategy for Attending Normal Births
in the Spanish National Health System*

Rosa Llobera¹, Carmen Alfaro², Carmen Herrero²

1. Atenció primària. Centre de salut de Pollença. IB-Salut.
2. Hospital Comarcal d'Inca. IB-Salut.

Correspondència

Rosa Llobera Cifre
Centre de salut de Pollença. C/ Bisbe Desbach sn- 07460
Telèfon: 971 53 30 41
E-mail: rllobera@ibsalut.caib.es

Recibido: 21 – III – 2016

Aceptado: 26 – V – 2016

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37

Resum

L'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut publicada pel Ministeri de Sanitat i Consum, l'any 2007, recull indicadors quantitius i qualitius, per tal d'establir la qualitat de la pràctica clínica en l'atenció al part.

Objectiu: conèixer el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia, als centres hospitalaris públics de les Illes Balears.

Mètodes: estudi descriptiu transversal realitzat a partir de la informació del CMDB dels anys 2012 a 2014, aportat pel Servei de Salut de les Illes Balears. Les variables quantitatives inclouen: cesàries, parts instrumentats, episiotomia i epidurals. L'anàlisi d'aquestes dades s'ha fet per hospitals i anys. La informació qualitativa es refereix a l'existència de protocols que inclouen recomanacions sobre: rasurat perineal, ús d'ènema, acompanyament durant el procés, període de dilatació, maneig del dolor, posició materna durant l'expulsiu, contacte precoç mare-nouat/da i atenció postnatal immediata.

Resultats: s'han recollit un total de 21.509 parts dels quals 68,5% eutòcics, 9,9% instrumentats i 21,6% cesàries, les quals van en augment. Les epidurals en parts eutòcics representaren el 59,1% i les episiotomies 18,5%. Existeix una ampla variabilitat dels indicadors quantitius entre hospitals. La majoria d'hospitals tenen protocols d'atenció al part normal i aquests de manera més o menys exacte recullen bona part de les recomanacions de l'Estratègia, tot i que no sempre segueixen l'estructura proposada per aquesta.

Conclusions: Els resultats publicats estan en consonància amb els publicats en altres comunitats. La gran variabilitat i la distància amb les recomanacions permet afirmar que hi ha marge de millora en la estandardització de les pràctiques i dels protocols que la sustenten.

Paraules Clau: Part eutòcic, Part instrumentat, Cesàries, Episiotomia, Analgèsia epidural, Variabilitat pràctica clínica

Abstract

The Strategy for Attending Normal Births in the Spanish National Health System (2007) establish quality indicators to evaluate clinical practice at the delivery rooms.

Objective: To determine the degree of compliance with clinical practice indicators proposed by the Strategy, in the Balearic Islands hospitals.

Methods: A descriptive cross-sectional study by Configuration Management Database (CMDB) information of the Balearic Islands Health Service from 2012 to 2014. Number of caesarean operations, instrumental delivery, episiotomy and epidural anaesthesia. The data analysis has been done per hospital per years. We also revised the hospital protocols refers to the adequacy of the recommendations on: perineal shaving, enema use, support during the process, second stage of the delivery period, pain management, maternal position, early mother-infant contact and immediate postnatal attention.

Results: A total of 21.509 births were collected, 68.5% normal births, 9.9% instrumental births and 21.6% caesarean births, there were an increase in the caesarean birth from 2012 to 2014. Epidural anaesthesia in normal vaginal deliveries represents 59.1% and episiotomies 18.5%. There is a wide variability of recommendation for attending a normal birth between hospitals. Most hospitals developed normal delivery care protocols and those collect most of the Strategy recommendations, although not always following the structure that has been proposed by the Strategy.

Conclusions: Our results are in accordance with those published in other communities. There is a great variability in clinical practice indicators and delivery care protocols, and therefore there is still room for improvement in the standardization of practices and protocols that support it.

Keywords: Delivery, Obstetric; Labor, Obstetric; Obstetric Surgical Procedures, Caesarean; Episiotomy; Analgesia, Epidural

Introducció

La dotació de mitjans cada cop més sofisticats i innovadors en l'àmbit sanitari ens han permès garantir la millora de la salut, però aquesta tecnificació ha afectat també a l'atenció d'un procés fisiològic com és el part, que s'ha vist excessivament medicalitzat. L'any 2007 el Ministeri de Sanitat i Consum publicà l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut (SNS) per tal de establir recomanacions específiques sobre l'atenció al part normal¹. L'Estratègia recull la importància de fomentar l'equilibri entre la creixent tecnificació, que permeti garantir l'adequada atenció en cas de complicacions durant la gestació i el part, i l'atenció menys medicalitzada, per atendre el part de manera respectuosa. L'objectiu general és potenciar l'atenció al part normal en el SNS, millorant la qualitat assistencial, a l'hora mantenir els nivells de seguretat.

L'any 2009 el Ministeri edità els estàndards i recomanacions per a maternitats hospitalàries². L'any següent publicà la Guia de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal, que aporta una extensa llista de recomanacions específiques per a l'atenció al part normal³. El Ministeri analitza la taxa de parts vaginals i de cesàries, però no la resta de indicadors de les recomanacions que es recullen a l'Estratègia com ara les referents al rasurat del períneu, l'ènema, l'episiotomia, els parts instrumentals, el deslliurament, el període de dilatació, el maneig del dolor durant el part, la posició materna durant l'expulsiu, el contacte precoç mare-nouat/da i l'atenció postnatal immediata. Aquesta informació, que el Ministeri no explota, es recull en bona part en el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) elaborat a partir de la informació facilitada per els centres sanitaris recollida a partir de l'informe d'alta. L'obligació de registrar el CMBD per part dels centres públics i privats i d'enviar-lo a l'administració sanitària competent, va ser objecte de regulació per Resolució de la Secretaria General del SNS, de 24 de gener de 2002, i per diverses disposicions de les comunitats autònomes competents⁴.

L'objectiu plantejat és conèixer el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia, als centres hospitalaris públics de les Illes Balears. Es revisen els indicadors quantitius que inclouen les cesàries, els parts instrumentats, l'episiotomia i el maneig del dolor durant el part (epidurals). També es revisen els indicadors qualitius que es refereixen al rasurat del períneu, l'ús de l'ènema, l'acompanyament durant el procés, el període de dilatació, el maneig del dolor durant el part, a la posició materna durant l'expulsiu, al contacte precoç mare-nouat/da i a l'atenció postnatal immediata.

Mètodes

Estudi descriptiu transversal de la informació quantitativa⁵, referides als diagnòstics i als procediments, a partir de la informació del CMBD dels anys 2012 a 2014,

aportat pel Servei de Salut de les Illes Balears. L'anàlisi del grau de compliment de les recomanacions qualitatives, tal com estableix l'Estratègia, s'ha fet a partir de la recollida d'informació sobre l'existència de protocols d'atenció al part de cada hospital.

Les variables quantitatives incloses són l'edat de la mare en el moment del part, el centre hospitalari, i les referides als indicadors que recull l'Estratègia d'atenció al part normal. La base de dades ha inclòs els diagnòstics, el GRD i els procediments. Hi ha codificats fins a 20 procediments per ingrés, per la qual cosa s'han hagut de crear les següents variables: parts eutòcics, parts instrumentats, especificant el tipus: fórceps, ventosa o altres, cesàries, episiotomies i anestèsia epidural.

A partir de les dades del CMBD, s'ha pogut analitzar informació d'interès sobre l'atenció al part en els centres hospitalaris públics de les Illes Balears en el període del 2012 al 2014, que és el darrer any del qual es disposava de informació codificada d'anys complets en el sistema de informació del Servei de Salut de les Illes Balears. L'autorització per accedir a les dades es sol·licità el mes de novembre del 2015 i s'oferiren les dades el gener del 2016, explicant-se la demora perquè faltaven les dades de l'Hospital Can Misses d'Eivissa, dades que igualment en el moment d'analitzar els resultats encara no estaven disponibles.

Amb la informació del CMBD es constituí una base de dades en excel s'analitzà amb el programa SPSS v22 per a windows. L'anàlisi estadística és purament descriptiva i es va fer globalment i per hospital i per any.

D'altra banda, tal com indica l'Estratègia, s'ha recollit de cada hospital l'existència de protocols referits a l'atenció al part normal així com l'any de instauració i darrera actualització. S'ha comprovat si contenen les recomanacions pertinents sobre rasurat, enema, acompanyament durant el procés, període de dilatació, maneig del dolor durant el part, posició materna durant l'expulsiu, episiotomia, deslliurament, contacte precoç mare-nouat/da i atenció postnatal immediata i lactància.

Pel que fa als aspectes ètics i legals, cal referir que la petició d'informació quantitativa es dirigí a l'Oficina de Seguretat de Dades del Servei de Salut. La informació disponible, en cap cas inclou dades que permetin identificar a la dona, per tal de garantir l'anonimat i respectar el dret a la confidencialitat.

Resultats

S'han recollit un total de 21.509 parts dels anys 2012-14.

En quant a les edats de la dona en el moment del part, la mitjana va ser de 30,95 anys amb una desviació estàndard de 5,68 anys. En 6 casos les mares tenien 13 o

14 anys, en 64 tenien 15 o 16 anys i en conjunt les menors de 18 varen ser 163 que representa el 0,758% dels parts. Les dones majors de 40 i més anys en el moment del part, han estat 1217 que suposa el 5,66%.

La distribució del nombre de parts per hospital i any es mostra a la **taula I**.

En quant en el tipus de part que s'han registrat, 14.726 (68,5%) han estat eutòcics, 2.141(9,9%) han estat instrumentats i 4.642 (21,6%) han estat cesàries.

Els parts eutòcics varen representar el 68,5% del total de parts registrats. La distribució per hospitals va ser: Hospital Universitari Son Espases 60,2%, Hospital Can Misses 69,4%, Hospital de Manacor 73,9%, Hospital Son Llàtzer 75,0%, Hospital Comarcal d'Inca 66,2%, Hospital Mateu Orfila 66,9%. L'evolució per hospitals en els anys estudiats es presenta en la **figura 1**.

Pel que fa als parts instrumentats, representen el 9,9% del total de parts registrats. La distribució per hospitals va ser: Hospital Universitari Son Espases 10,4%, Hospital Can Misses 10,8%, Hospital de Manacor 8,7%, Hospital Son Llàtzer 6,9%, Hospital Comarcal d'Inca 17,0%, Hospital Mateu Orfila 9,9%. La seva evolució en els anys estudiats es presenta en la **figura 2**.

Taula I: Nombre de parts per hospital i any

	2012	2013	2014	Total
HUSE	1924	1889	1873	5686
HCM	1270	1156	Sense dades	2426
HM	1031	984	917	2896
HSLI	2116	1957	2025	6098
HCIN	894	842	799	2535
HMO	689	613	566	1868

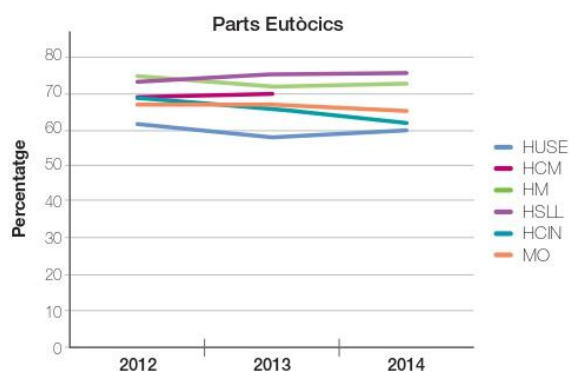
* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLI: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.

Taula II: Tipus de part instrumentat per hospital: nombre i percentatge sobre el total de parts per hospital

Hospitals	Fòrceps		Ventosa		Altres instrumentats	
	n	%	n	%	n	%
HUSE	134	2,4	447	7,9	7	0,1
HCM**	45	1,9	210	8,7	8	0,3
HM	67	2,3	167	5,8	18	0,6
HSLI	113	1,9	305	5,0	Sense dades	Sense dades
HCIN	117	4,6	277	10,9	29	1,1
HMO	44	2,4	140	7,5	0	0,0
Total	520	2,4	1546	7,2	62	0,3

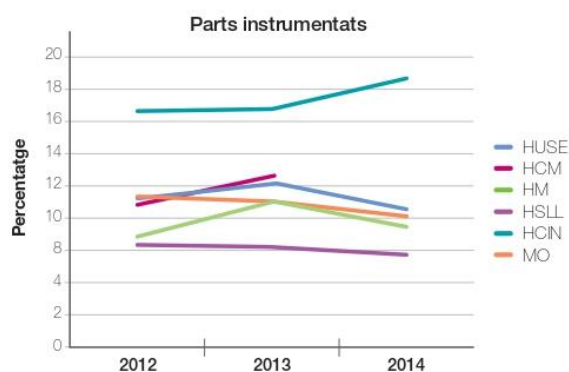
* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLI: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.** Els totals sols inclouen dos anys, els percentatges estan calculats sobre el total de parts de l'Hospital Can Misses de 2012 i 2013.

Figura 1: Percentatge de parts eutòcics sobre total de parts per hospital i any



* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLI: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.

Figura 2: Percentatge de parts instrumentats sobre total de parts per hospital i any



* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLI: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.

Seguint l'Estratègia, la **taula II** ofereix els parts segons el tipus d'instrumentació.

Respecte a les cesàries, segons el registre, n'hi va haver 4.642 que suposaren 21,6%. D'acord al CMDB les cesàries es distribuïren de la següent manera: cesària sense complicacions, 2531 (11% del total de parts); cesàries d'alt risc sense complicacions, 393 (1,8%); cesàries amb complicacions, 1307 (6,1%); i les cesàries d'alt risc amb complicacions 416 (1,9%).

Les cesàries d'alt risc amb i sense complicacions a l'Hospital Universitari Son Espases suposar en el 8,1%, a l'Hospital Can Misses un 1,4%, a l'Hospital Manacor un 1,9%, a l'Hospital Son Llàtzer un 2,3%, a l'Hospital Comarcal de Inca un 2,2% i a l'Hospital Mateu Orfila un 3,7%.

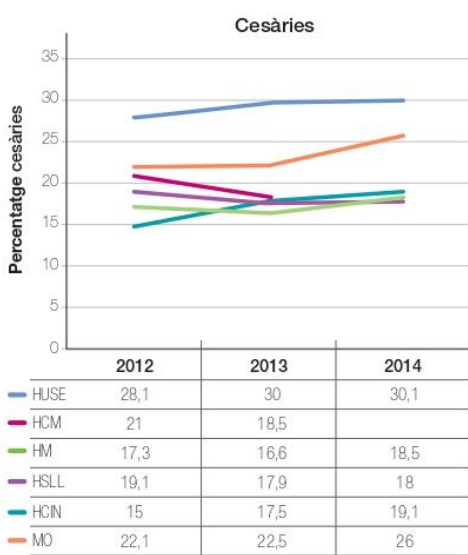
Globalment les cesàries l'any 2012 varen suposar un 21,2% del total de parts, en el següent any igualment

un 21,2% i l'any 2014 un 22,6%. L'evolució anual del percentatge de cesàries per hospital es presenta a la **figura 3**.

Al llarg d'aquet període s'han registrat 2.723 episiotomies que representa un 18,5% del total de parts eutòcics. En la **figura 4** apareix el percentatge global de episiotomies en parts eutòcics per hospital. A la **taula III** es presenten el nombre i el percentatge de episiotomies anuals en parts eutòcics.

A més la **figura 5** ofereix el nombre i el percentatge d'analgèsia epidural registrada en parts eutòcics. A la **taula IV** es presenten les dades anuals referents a l'ús de l'analgèsia epidural utilitzada en el procés de part.

Figura 3: Percentatge de cesàries sobre total de parts, per hospital i any



* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLL: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.

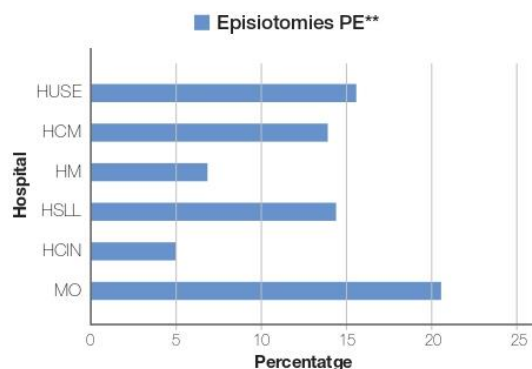
Taula III: Nombre i percentatge de episiotomies per hospital i any

Hospitals	2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%
HUSE	326	16,9	274	14,5	298	15,9
HCM**	159	12,5	164	14,2	Sense dades	Sense dades
HM	81	7,9	76	8,0	49	5,3
HSLL	345	16,3	257	13,1	255	12,6
HCIN	50	5,6	34	4	40	5
HMO	140	20	134	21,9	113	20
Total	1101	13,9	939	12,7	755	12,2

* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLL: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.** Els totals sols inclouen dos anys, els percentatges estan calculats sobre el total de parts de l'Hospital Can Misses de 2012 i 2013.

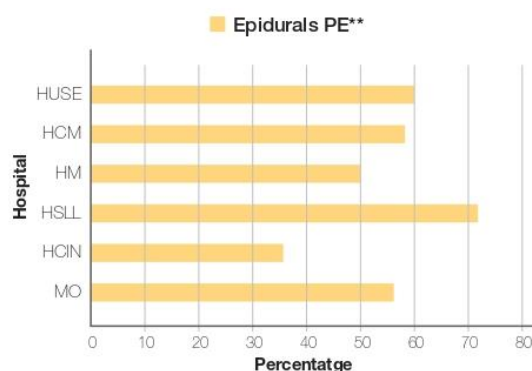
En quant a les dades qualitatives, la majoria d'hospitals públics de les Illes Balears disposen de protocols d'atenció al part normal. En aquests queden recollides totes o gairebé totes les recomanacions sobre la pràctica clínica

Figura 4: Episiotomies en parts eutòcics per hospital



* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLL: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila. ** PE: Part eutòcic.

Figura 5: Epidurals en parts eutòcics per hospital



* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLL: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.

Taula IV: Nombre i percentatge de analgèsia epidural per hospital i any

Hospitals	2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%
HUSE	832	43,2	816	43,2	906	48,4
HCM**	738	58,1	707	61,2	Sense dades	Sense dades
HM	583	56,5	487	51,4	451	49,2
HSLL	1411	66,7	1367	69,9	1503	74,2
HCIN	413	46,2	316	37,5	272	34,0
HMO	389	56,5	376	61,3	342	60,4
Total	4366	55,1	4069	54,9	3474	56,2

* HUSE: Hospital Universitari Son Espases; HCM: Hospital Can Misses; HM: Hospital de Manacor; HSLL: Hospital Son Llàtzer; HCIN: Hospital Comarcal d'Inca; HMO: Hospital Mateu Orfila.** Els totals sols inclouen dos anys, els percentatges estan calculats sobre el total de parts de l'Hospital Can Misses de 2012 i 2013.

Taula V: Protocols d'atenció al part normal per hospital

	HUSE	HCM	HM	HSLL	HCIN	HMO
Any de publicació	2010	2011	2012	2009	2009	No consta
Any de revisió	2012, 2015				2015	
Rasurat		●	●	●	●	
Ènema	●	●	●	●	●	
Acompanyament	●	●	●	●	●	
Dilatació	●	● ●	●	●	●	
Maneig Dolor	●	● ●	●	● ●	● ●	
Posició expulsiu	●	●	●	●	●	
Episiotomia	●	●	●	●	●	
Deslliurament	●	●	●	●	●	
Contacte precoç	●	●	●	●	● ●	
At. Postanal. LM	● ●	● ●	●	●	● ●	

- Conté les recomanacions
- Manca alguna de les recomanacions específiques
- Deriva a un protocol específic

que indica l'Estratègia, tot i que la redacció és en general més genèrica i en gairebé cap cas és exacte a com s'anuncia a l'Estratègia.

En la **taula V** es recullen els protocols i anys de revisió en cada hospital, i específicament es fa referència a si consten de les recomanacions en els següents aspectes: rasurat, enema, acompanyament durant el procés, període de dilatació, maneig del dolor durant el part, posició materna durant l'expulsiu, episiotomia, deslliurament, contacte precoç mare-nouat/da i atenció postnatal immediata i lactància. Els parts instrumentats i cesàries, no es recullen a la **taula V** ja que no apareixen dins els protocols d'atenció al part normal dels hospitals estudiats

Cal puntualitzar que l'Hospital Son Llàtzer en el moment de la elaboració de l'informe s'estava treballant en la actualització del protocol existent que es publicarà el 2016. L'Hospital Comarcal d'Inca en els aspectes de contacte precoç mare-nouat/da i atenció postnatal immediata i lactància, el protocol d'atenció al part normal remet al protocol específic de cures del nouat.

L'Hospital Mateu Orfila no disposa de Protocol de atenció al part normal, tenen publicat un protocol anomenat protocol d'actuació de comares i personal d'infermeria en la atenció ante-intra i postpart immediat de parteres de 37 fins a 42 setmanes de gestació, que difereix del que s'entén per un protocol d'atenció al part normal.

I a l'Hospital de Formentera el nombre de parts a l'any és molt reduït i no contenen amb un protocol propi, en cas de ser necessari refereixen utilitzar el de l'Hospital Can Misses de Eivissa.

Discussió

La publicació de l'Estratègia d'atenció al part normal l'any 2007, va suposar un impuls cap a la unificació de criteris

a tot el Sistema Nacional de Salut. Dissortadament el Ministeri de Sanitat no publica informació detallada de la implantació ni dades comparatives per centres o per comunitats autònomes.

Les publicacions al respecte són escasses, però es pot destacar l'article de Salgado de l'any 2010 que recull dades de tot l'estat⁶, així com l'estudi concret del 2015 sobre l'adequació de la pràctica clínica obstètrica a de l'Hospital Virgen de l'Arrixaca⁷. I una interessant comunicació referida a les Balears de l'any 2011⁸.

Aquest article permet saber el grau de compliment dels objectius de dita Estratègia a les Illes Balears i fer-se una idea relativament precisa de l'atenció que s'està prestant als hospitals públics. Es recullen les dades de tots els parts que s'han produït en tres anys (2012-14) en el sector públic, el que dona solidesa als resultats aportats.

Cal destacar que totes les maternitats públiques estudiades tenen un volum de parts que les justifiquen plenament i permeten que els professionals que hi treballen puguin mantenir les seves habilitats. Tots els hospitals, d'acord a la classificació de l'Estratègia, són de nivell 2 (600-1.200 parts anuals) o nivell 3 (1.200-2.400). Sols Formentera es pot considerar de nivell 1 ja que queda molt enfora dels 600 parts anuals.

Com a principal limitació externa s'ha d'indicar que no es disposa d'informació de com s'atén el procés de part als hospitals privats de les Illes, tot i que és sabut que la taxa de cesàries és notablement superior que en el sector públic i que l'atenció en els processos de part és més intervencionista.

En quant a les limitacions internes de l'estudi, cal destacar la ja comentada manca de dades de l'Hospital Can Misses de l'any 2014, degut a que l'Hospital a finals de 2015 no les havia tramés. Pel que fa l'Hospital de Formentera, no s'ha recollit la informació, per tractar-se de un hospital

de nivell 1 segons la classificació de l'Estratègia, però pel seu pes l'efecte sobre els resultats globals és mínim.

D'altra part s'ha de destacar que la informació analitzada es nodreix de fonts secundàries, en aquest cas les aportades pel CMBD, i que per tant, pot existir cert subregistre difícil de quantificar.

A continuació es passa a discutir els resultats concrets per a cada indicador. Així, respecte a les cesàries l'OMS inclou la taxa com a indicador de qualitat de l'atenció materna i perinatal la taxa de cesàries. En les seves recomanacions de 1985 referia com a criteri de qualitat una taxa de cesària el 15% dels parts, basant-se en el nombre de dones en els que es preveuen complicacions potencialment mortals durant el part⁹. A més, recentment en el 2015 es publica la Declaració de la OMS sobre la taxa de cesària¹⁰, en la que es conclou que les cesàries són eficaces per salvar vides de mares i criatures, sols quant estan indicades per motius mèdics. S'indica que a nivell poblacional les taxes de cesàries superiors al 10% no estan associades a la reducció de la mortalitat materna i neonatal, però per altre part recull que està obert el debat sobre els efectes referits a la morbiditat materna i neonatal.

L'Estratègia d'atenció al part normal del Ministeri, recull que les altes taxes de cesària poden causar complicacions maternes i neonatals i comporten majors costos i sobremedicació d'un esdeveniment normal com és el part. La taxa de cesàries a Espanya i en altres països europeus es troba per sobre dels valors recomanats i creix progressivament. Hi ha certs factors que podrien relacionar-se amb aquest increment, com l'augment de l'edat de les mares, parts múltiples, les sol·licituds per part de les dones i les demandes per sospita de mala pràctica.

El fet és que no es coneixen prou bé les causes del fenomen, com per poder establir unes taxes de cesàries estàndard. El que sí es coneix, és que la variabilitat de les taxes de cesàries en les maternitats i entre elles és àmplia, tot i ajustar-ho per la gravetat dels casos atesos¹.

Per altre part, el Ministeri de Sanitat Serveis Socials i Igualtat el 2013 publicà l'informe breu del CMBD, de l'evolució de la taxa de cesàries en Hospitals Generals del SNS: anys 2001-2011¹¹. L'informe refereix que la taxa és clarament ascendent, tot i que en 2008 presenta un lleuger descens que expliquen podria estar relacionat amb la publicació de l'Estratègia d'Atenció al Part Normal.

Balears l'any 2011, el darrer de l'informe, ocupà una posició intermitja, era la 6^a entre les 17 comunitats autònomes, amb una taxa de 20,50% del total, quan la mitjana dels hospitals públics de tot l'Estat era del 21,88%, així la nostra comunitat autònoma quedà enfora de la més ben posicionada, el País Basc, on la taxa era del 12,64%, però també lluny de la més alta, a Extremadura fou del 27,49%.

En el mateix informe es publicaren les dades de diferents països de la OCDE que ens permet comparar Espanya amb la resta d'aquests països. Aquí podem apreciar que la taxa de cesàries el 2011 a Espanya va ser del 24,8%, ocupant una posició intermitja, enfora del 14,7% de Finlàndia o el 16,2% de Suècia, però també amb molt millors indicadors que Hongria 33,4% o Itàlia 37,7%.

La diferència entre els 21,88% el 2011 en els hospitals de SNS d'Espanya i els 24,8% a tots els hospitals espanyols d'aquest informe de la OCDE¹¹, és atribuïble a l'elevada taxa de cesàries dels hospitals privats, que poden arribar a superar el 50% dels parts.

En els hospitals de les Illes observem que la taxa de cesàries es troba en totes els centres per sobre de les recomanades per la OMS, és reflexa també la destacada diferència entre les taxes de cada hospital.

L'Hospital Universitari Son Espases dobla la taxa recomanada per la OMS i és més de un terç superior a la resta d'hospitals, exceptuant l'Hospital de Menorca que també presenta una alta taxa. L'hospital Universitari Son Espases té més cesàries d'alt risc que la resta de centres, però sols una part de l'excés en la taxa de cesàries seria atribuïble a aquest fet. Tanmateix en els hospitals de més de 1000 llits a Espanya la taxa de cesàries l'any 2011 va ser del 21,5% en taxes estables des del 2005.

La taxa de cesàries general dels hospitals públics de la nostra comunitat autònoma va en augment allunyant-nos de les recomanacions.

L'Hospital Universitari Son Espases, l'Hospital Comarcal d'Inca i l'Hospital Mateu Orfila presenten una tendència a l'alça en els anys estudiats, destacant el 4% de increment que presentà del 2013 al 2014 l'hospital de Menorca, que és el més acusat del increments que s'han produït. Es destacable també que l'Hospital Comarcal d'Inca que de entre els centres estudiats era l'únic que complia en matèria de cesàries les dades recomanades per la OMS, en el 2014 ja presentava una xifra similar o superior als hospitals Can Misses, de Manacor i Son Llàtzer. Aquest tres darrers han presentat fluctuacions disminuint les taxes en el 2013 per tornar a augmentar en el 2014.

Malauradament de la resta de paràmetres analitzats no es publiquen sistemàticament dades comparatives de base tan àmplia, ni existeix un consens tan generalitzat referit als estàndards de qualitat.

Els parts eutòcis suposaren més de dos terços del total de parts, tal com es recomanable foren el tipus de part més habitual. El centre hospitalari que presenta major taxa de parts eutòcics en el interval d'anys recollits és l'Hospital Son Llàtzer, seguit de l'Hospital de Manacor, i la taxa més baixa la trobem a l'Hospital Son Espases. A més la variabilitat entre centres és molt elevada, ja que

suposa gairebé una diferència de un 15% entre la taxa més alta i la més baixa.

La diferència en els percentatges de parts eutòcics entre hospitals fa evident que amb un canvi en la pràctica clínica es pot augmentar considerablement el nombre de parts eutòcics i per tant de naixements que no precisin instrumentalització ni intervenció quirúrgica.

Però a pesar d'això, se observa que 4 de 6 dels hospitals en els anys estudiats han disminuït el percentatge de parts eutòcics registrats, incrementant així els distòcics. Entre aquests el que presenta el descens més acusat és l'Hospital Comarcal d'Inca.

Per altre banda cal esmentar que l'Hospital Son Llàtzer va ser l'únic hospital en incrementar el percentatge de parts eutòcics durant aquest període.

En quant als parts instrumentats en tots els hospitals el més utilitzat és la ventosa suposant el triple que l'ús de fórceps, tal com recomana l'Estratègia. També cal destacar que l'hospital que presenta un percentatge més elevat de parts instrumentats és l'Hospital Comarcal de Inca i el més baix l'Hospital Son Llàtzer, amb un diferència marcada que és de aproximadament el 10%.

Pel que fa a les tendències, els hospitals Can Mises, de Manacor i Comarcal d'Inca, registraren un augment dels percentatges de parts instrumentats mentre que l'Hospital Universitari Son Espases, l'Hospital Son Llàtzer i l'Hospital Mateu Orfila, registraren una disminució.

En quant a episiotomies el que s'ha valorat són les realitzades en parts eutòcics. S'observen importants diferències en el percentatge d'episiotomies registrades segons el centre hospitalari avaluat. En Hospital Mateu Orfila es realitza aquesta tècnica aproximadament en el 21% dels parts eutòcics, mentre les recomanacions de la OMS l'Estratègia i evidència científica més recent són tenir una política selectiva i restrictiva sobre aquesta pràctica. La xifra esmentada es posa encara més en evidència si es compara amb el percentatge de l'Hospital Comarcal d'Inca que presenta el percentatge quatre vegades més baix. Cal destacar també que tot i trobar-se encara lluny del percentatge més baix, l'Hospital Son Llàtzer és el que presenta una disminució progressiva i més destacada reduint gairebé en 4 punts el percentatge en els anys estudiats. Aquesta variabilitat i exemple de tendència descendent en quatre dels centres estudiats (Hospital Universitari Son Espases, Hospital de Manacor, Hospital Son Llàtzer i Hospital Comarcal d'Inca), mostren que es possible restringir l'ús aquesta pràctica.

Pel que fa el maneig del dolor, veiem que l'ús d'epidurals en els processos de part en general va en augment en quatre dels hospitals estudiats, i es redueix en dos d'ells, en els hospitals comarcals de Manacor i Inca.

La diferència més important entre hospitals es produïu en el 2014, en el que l'hospital amb un percentatge d'epidurals més elevat, Son Llàtzer, difereix en 40 punts del més baix que és el del centre hospitalari d'Inca.

Aquests resultats es podrien explicar perquè a més dels factors socioculturals i la paritat de les dones, l'ús d'analgèsia epidural està vinculat a l'oferta i ús d'altres tècniques d'alleujament del dolor. Quant més oferta d'analgèsia no farmacològica i farmacològica i formació sobre aquesta es té, més es diversifica el tipus d'analgèsia utilitzada en els processos de part.

Tot i que la majoria d'hospitals tenen protocols d'atenció al part normal i aquests de manera més o menys general recullen les recomanacions de l'Estratègia, veiem que en aquelles pràctiques on s'han recollit indicadors numèrics es produeixen grans diferències entre hospitals i en alguns casos, en comptes de produir-se una millora d'aquestes, se observa un empitjorament en el pas dels anys estudiats.

També crida l'atenció que en l'elaboració i/o revisió d'aquest protocols no es segueix l'estructura recomanada per l'Estratègia, cosa que permetria obtenir protocols més complets, homogenis i fàcils d'avaluar.

A mode de conclusió en conjunt, pel que fa a informació quantitativa sorprèn l'ample variabilitat dels resultats obtinguts per hospitals; el grau de compliment de les recomanacions de l'Estratègia es produeix més en determinats hospitals i altres queden més allunyats, manifestat una pràctica més intervencionista.

Igualment existeix un ample marge de millora pel que fa a l'estandardització de les pràctiques clíniques i dels protocols que la sustenten.

S'espera que el fet de conèixer la realitat del conjunt de l'atenció en els hospitals del Servei de Salut, ajudi a establir els estàndards d'atenció adequada en els processos de part i a reduir-ne la variabilitat no desitjada, amb la finalitat que les dones ateses en la nostra comunitat autònoma, ho siguin de la manera més segura i humanitzada possible.

Agraïments

A la direcció del Servei de Salut per haver facilitat l'accés a les dades, a Àngels Pujol i a Martí Pons per la preparació de la base de dades del CMBD, així com a Victòria A. Ferrer per la revisió i aportacions a l'informe.

Bibliografia

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
4. Conselleria De Salut i Consum. BOIB Num.89 26-06-2008. Secció I. Comunitat Autònoma Illes Balears. Disposicions generals. Decret 69/2008, de 20 de juny, mitjançant el qual es regula el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) d'alta hospitalària i activitat ambulatoria a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión. Modificación Clínica. CIE 9 MC. 9ª ed. Madrid. 2014
6. Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 53(6):215-2.
7. Ballesteros C, Carrillo C, Meseguer M, Canteras M, Martínez ME. Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. *Matronas Profesión*. 2015; 16(4): 110-6
8. Moreno R. Anàlisi de los Servicios de Atención Perinatal en Baleares. II Jornada de Salut i Gènere de les Illes Balears. Etapes inicials de la vida. Monogràfic: Atenció Perinatal. 2011.
9. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza, El Nacimiento no es una enfermedad. *Lancet*. 1885; 2: 436-7
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, 2015.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes breves del CMBD. Información sanitaria e innovación. Evolución de la tasa de cesáreas en los hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013

Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas.

Dades informatives relatives la revista on s'ha realitzat la segona publicació.

Títol	MATRONAS PROFESIÓN
País	Espanya
URL	http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion
Àmbit	CIENCIAS MÈDIQUES I DE LA SALUT
Camp acadèmic	INFERMERIA; GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
Indexada	Scopus , CINAHL , EMBASE , DIALNET
Avaluada	LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017)
Mètriques	SJR. SCImago Journal & Country Rank , Scopus Journalmetrics
Polítiques OA	Dulcinea
ICDS	ISSN 1578-0740 Índex de cites (Scopus) = +3.5 Està a dues o més bases de dades de indexació i resum o a DOAJ (, CINAHL, EMBASE) = 3+2 = 5 Antiguitat 19 anys (data inici: 2000) Prevalença ICDS = 9.8

Matriz de Información para el Análisis de Revistas. Versión 2019 live

Artículo original

Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas

Humanization of obstetric attention: what midwives think

Rosa Llobera Cifre

Matrona. Atención primaria. Centro de Salud de Pollença (Mallorca). Servei de Salut de les Illes Balears

RESUMEN

Objetivos: Conocer la opinión de las matronas de Baleares en cuanto al derecho de autonomía, el respeto a la intimidad, el trato y la adecuación de la práctica obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio, en función de las recomendaciones de las estrategias y guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo y transversal en una muestra de matronas del sistema público de Baleares, en el que se obtuvo información acerca de las variables de la matrona (años tras la titulación, lugar de trabajo) y variables de opinión (intimidad, trato, autonomía, adecuación de la práctica), a partir de un cuestionario elaborado *ad hoc* tras una revisión bibliográfica y técnica del grupo nominal.

Resultados: De 173 matronas, respondieron 139 (80,3%), 99 de hospital y 40 de atención primaria. En el 43,8% hubo un acuerdo importante en que el embarazo, el parto y el puerperio normales son atendidos como fisiológicos. El 50% expresaba un acuerdo importante en que la elevada carga asistencial dificulta que la atención sea personalizada, respetuosa y de calidad. Sólo el 5,8% expresó un desacuerdo importante en que el plan de parto favorece que la mujer elija cómo desea ser atendida. Las participantes afirmaron que la intimidad se garantiza, aunque el 41,6% consideraba que el número de profesionales presentes en el parto era sólo el imprescindible. El 60,9% mostró un acuerdo importante en que se crea un clima de confianza y respeto. El 28,8% refería un importante grado de acuerdo en que se practican técnicas innecesarias y/o inadecuadas por miedo.

Conclusiones: Las matronas opinan que la atención obstétrica en Baleares es, en general, respetuosa y se ofrece un trato humanizado, pero de sus respuestas también se deduce que existe un margen de mejora que cabe tener en cuenta.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parto humanizado, embarazo, periodo posparto, obstetricia, matronas, cuestionario.

ABSTRACT

Objectives: To know the opinion of midwives of the Balearic Islands (Spain) about respect for autonomy, privacy, assistance and adequacy of obstetric practice during pregnancy, childbirth and postpartum as compared to the Strategy at normal birth document and clinical practice guidelines of the Ministry of Health.

Methods: Descriptive cross-sectional study. Population: midwives of Balearic Islands public health service. Midwife variables (years since graduation, work place). Opinion variables (privacy, assistance, autonomy, practice adequacy). Questionnaire elaborated *ad hoc* after bibliographic review and nominal group technique.

Results: 139/173 midwives answered (response rate= 80.3%), 99 from hospital and 43 from PHC. A 43.8% referred important agreement on normal pregnancy, childbirth and puerperium being treated like physiological processes. A 50% referred important agreement on the burden of care making difficult a personalized, respectful and high quality assistance. Only 5.8% expressed high disagreement with a childbirth plan facilitates that women choose how they would like to be assisted. They affirmed that privacy is guaranteed, even though 41.6% considered that the number of professionals present during delivery were those needed. A 60.9% referred important agreement with a close and respectful relationship is created. A 28.8% referred important agreement with unnecessary and/or inadequate interventions being performed.

Conclusions: Midwives believe that obstetric assistance in the Balearic Islands is in broad terms respectful and that humanized care is provided, but from their responses also suggest there is room for improvement.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Humanizing delivery, pregnancy, postpartum, obstetrics, midwives, questionnaire.

Fecha de recepción: 5/07/17. Fecha de aceptación: 19/11/17.

Correspondencia: R. Llobera Cifre.

Centro de Salud de Pollença. Bisbe Desbach, s/n. 07460 Pollença (Mallorca).

Correo electrónico: rosa.lloberacifre@gmail.com

Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica. *Matronas Prof.* 2018; 19(1): 12-20

INTRODUCCIÓN

El embarazo, el parto y el puerperio deben ser atendidos respetando los derechos de la mujer como tal. Es un derecho reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la atención recibida sea de óptima calidad, adecuando la práctica clínica a las recomendaciones basadas en la evidencia, así como que se respeten la autonomía y la intimidad, en un ambiente adecuado y ofreciendo un trato respetuoso¹. Además, la Organización de las Naciones Unidas, en 2016, abogó por reconocer, nombrar y visibilizar la violencia en los procesos obstétricos².

En España, el embarazo, el parto y el puerperio son atendidos en los centros de atención primaria (AP) y en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS). El sector privado atiende una parte minoritaria de estos procesos. La atención hospitalaria que se ofrece en el SNS se puede analizar a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), aunque ciertos aspectos de la atención ofrecida sólo se pueden abordar recogiendo la opinión y la declaración de la práctica asistencial del personal que atiende a las mujeres en los procesos obstétricos.

En 2007, el Ministerio de Sanidad publicó la «Estrategia de atención al parto normal en el SNS», estableciendo recomendaciones específicas sobre la atención al parto con el objetivo de mejorar la calidad asistencial³. En 2009 editó los estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias⁴, y en 2010 la «Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal»⁵, así como las recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas de los cuidados desde el nacimiento⁶. En 2014 se publicó la «Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio» con el objetivo de favorecer una atención de calidad a las mujeres durante el embarazo y después del parto⁷.

Asimismo, los protocolos de actuación de los hospitales públicos tienen la obligación de estar actualizados y basarse en las recomendaciones generales de las estrategias de salud y las guías de práctica clínica recientes, favoreciendo una atención obstétrica de calidad, respetuosa y humanizada.

Por otro lado, la UNICEF impulsó la «Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN)», a la que se adhirieron dos hospitales públicos en Baleares en 2013 y actualmente están en fase 1D.

El Ministerio de Sanidad explota los datos del CMBD para el cálculo de partos vaginales y tasa de cesáreas en España⁸, pero sin ofrecer regularmente otros datos sobre técnicas concretas de la atención obstétrica, que podrían ser indicativos del respeto a los derechos de

la mujer. En 2016 se publicó un estudio sobre la adecuación a las recomendaciones de la «Estrategia de atención al parto normal» del Ministerio de Sanidad de los hospitales públicos de las Islas Baleares, en el que además se incluían los partos instrumentados, la episiotomía y la epidural. El análisis de adecuación de los protocolos de dichos centros permitía acercarse a cómo se realizaba la atención ofrecida⁹.

Para ampliar la visión de la atención obstétrica ofrecida más allá de los datos registrados, se requieren estudios específicos que recojan la opinión de los profesionales en cuanto a la atención realizada.

Es un derecho de toda mujer recibir una atención obstétrica humanizada y de calidad, por lo que es preciso conocer la opinión de las profesionales sobre los aspectos que pueden ser mejorados. Por ello, el objetivo planteado en este estudio era conocer la opinión de las matronas de Baleares sobre la atención obstétrica en cuanto al respeto al derecho de autonomía y la intimidad de las mujeres, así como el trato y la adecuación de la práctica clínica durante el embarazo, el parto y el puerperio en función de las recomendaciones de las estrategias y guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad anteriormente citadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Emplazamiento

El estudio se llevó a cabo entre las matronas del Servicio de Salud de las Islas Baleares, recogiendo su opinión mediante un cuestionario en el primer semestre de 2017. Dicho Servicio tiene 1.034.000 personas adscritas (según datos de 2017), de las que 275.175 son mujeres en edad fértil. Cuenta con 4 hospitales en Mallorca, 1 en Menorca, 1 en Ibiza y 1 en Formentera. Por otro lado, la AP está formada por 58 equipos. En general, cada centro de salud cuenta con una matrona, aunque en ocasiones una matrona cubre más de un centro. El seguimiento del embarazo y el puerperio lo realizan la matrona de AP y el servicio de obstetricia de cada hospital. La cartera de servicio de obstetricia del SNS no incluye la atención al parto en el domicilio, por lo que las mujeres son atendidas en los paritorios y maternidades de los hospitales.

Diseño

Estudio descriptivo y transversal, en el que se recoge la opinión de las matronas.

Sujetos de estudio

Todas las matronas cuyo ámbito de trabajo es el sistema sanitario público de las Islas Baleares. En el momento de

estudio, la plantilla de los hospitales era de 125 matronas, y había 48 matronas trabajando en AP.

Criterios de inclusión

Trabajar con contrato de matrona en centros de AP o en cualquiera de los 6 hospitales públicos de las Islas Baleares estudiados en el momento de la administración del cuestionario.

Criterios de exclusión

Matronas que en el momento de responder al cuestionario sólo trabajaban en la sanidad privada, y matronas que desempeñaban una labor no asistencial como tal, así como los/las residentes de matrona. No se ha trabajado con una muestra, sino que se han incluido todas ellas.

Variables

Se recogieron las características laborales de la matrona: años desde la titulación, lugar de trabajo (AP y/u hospital), trabajar sólo en el servicio público, o en atención privada y pública a la vez.

Las variables de opinión corresponden a las dimensiones de intimidad (exploración/atención, documentación, confidencialidad) trato/ambiente (clima, respeto, empatía, proximidad), autonomía (participación, plan de parto, decisiones informadas), adecuación de la práctica (protocolos, técnicas inadecuadas, pruebas complementarias innecesarias, alternativas de alivio del dolor, posición de parto).

Recogida de información

Se elaboró un cuestionario de 35 ítems, referidos a la opinión sobre la atención obstétrica que se ofrece en general, planteados en forma de frase afirmativa, cuyas respuestas son en forma de grado de acuerdo. Se trata de respuestas tipo Likert, con seis opciones que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Para simplificar la presentación de resultados se han agrupado las seis opciones de respuesta en tres: 1) desacuerdo importante (totalmente en desacuerdo y muy en desacuerdo); 2) acuerdo medio (algo en desacuerdo y parcialmente de acuerdo), y 3) acuerdo importante (muy de acuerdo y totalmente de acuerdo).

Para la elaboración del cuestionario, en primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y, tras la revisión, no se halló ningún cuestionario que pudiera emplearse para responder a los objetivos planteados, por lo que se procedió a su elaboración *ad hoc*. En segundo lugar, se procedió a identificar en la bibliografía los conceptos y enunciados relacionados con la violencia obstétrica y la atención respetuosa, para lo cual se

propusieron cinco dimensiones: intimidad, trato y ambiente, autonomía y participación, adecuación de la práctica y protocolos. Posteriormente, se utilizó la técnica de grupo nominal, en la que el equipo de trabajo, primero de manera individual, se ocupó de la generación de ideas, después de manera grupal la discusión y, por último, el voto individual para favorecer la priorización de éstas. Para esta técnica se constituyó un grupo de seis personas, seleccionando cinco matronas que reunían experiencia académica y asistencial en el hospital y AP, así como una técnica de investigación que coordinó y dirigió el grupo nominal. Para cada dimensión se llevó a cabo un proceso de reflexión individual, seguido del enunciado de un ítem por cada asistente, realizando ciclos hasta agotar las ideas. Posteriormente se procedió a la depuración y priorización de ideas. Con todo ello, se generaron unas 10 propuestas para cada dimensión, y el equipo investigador seleccionó las más definitorias según la priorización.

Se hizo una prueba piloto pasando los cuestionarios a un grupo de matronas expertas y residentes para valorar la comprensión de los enunciados y respuestas.

En el encabezado del cuestionario constan los objetivos y se indica la voluntariedad, por lo que el consentimiento está implícito. Se garantiza el anonimato, ya que no se identifica el centro de trabajo ni el profesional. El proyecto fue aprobado por la comisión de investigación de la gerencia de AP, del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos recogidos, ofreciendo las frecuencias absolutas y relativas. Se contrastaron los resultados entre matronas de AP y hospital mediante la prueba de la χ^2 . Por último, se estudió la consistencia interna de las dimensiones mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, reduciendo los que aportaban menos consistencia. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS para Windows v.22.

RESULTADOS

Respondieron al cuestionario 139 matronas de un total de 173, lo que supone una tasa de respuesta del 80,3%. Se recogieron 99 cuestionarios de los hospitales (porcentaje de respuesta del 79,2%), y en AP respondieron 40 de las 48 matronas (porcentaje de respuesta del 83,3%).

En la tabla 1 se describen las características laborales de las matronas, conjuntamente y separadas entre hospital y AP.

El 43,8% (60/137) de las profesionales expresaron un grado de acuerdo importante en que el proceso de embarazo, parto y puerperio normales es atendido como un proceso fisiológico; el 51,8% (71/137) refirió un acuerdo medio, y sólo el 4,4% (6/137) manifestó un importante

desacuerdo. Además, hubo diferencias significativas ($p=0,020$) entre las matronas de hospital y AP (estas últimas expresaban un menor acuerdo); en cambio, no hubo diferencias según el tiempo trabajado ($p=0,894$).

El 50% (69/138) expresaba un acuerdo importante en que la carga asistencial dificulta que la atención obstétrica sea personalizada, respetuosa y de calidad óptima; el 38,4% (53/138) refería un acuerdo medio, y sólo el 11,6% (16/138) un desacuerdo importante, sin diferencias significativas por tiempo trabajado. En cambio, hubo diferencias según el nivel asistencial ($p=0,04$): el 71,8% de las matronas de AP, frente al 41,4% de las hospitalarias, expresaron un acuerdo importante en destacar la influencia de la sobrecarga asistencial.

Sólo el 4,3% (6/138) refería un acuerdo importante en que la comunicación entre profesionales de AP y de hospital es óptima; el 50% (69/138) refería un acuerdo medio y el 45,7% (63/138) expresó un desacuerdo importante, sin diferencias significativas ni por tiempo trabajado ($p=0,389$) ni por nivel asistencial ($p=0,266$).

En la tabla 2 se recogen los ítems referidos a la intimidad. La consistencia interna de esta dimensión presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,781.

Tabla 1. Características laborales de las matronas participantes

	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Años de experiencia como matrona		
• <5	41	29,5
• 5-10	49	35,3
• >10	49	35,3
Lugar de trabajo		
• Hospital	99	71,2
• Atención primaria	33	23,7
• Atención primaria y hospital	7	5
Atención sanitaria		
• Sólo pública	119	
• Pública y privada	20	14,4

Tabla 2. Opinión de las matronas sobre el respeto a la intimidad de la mujer

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
La documentación escrita de la mujer se deja a la vista	35 25,4%	73 52,9%	30 21,7%	26 26,3%	53 53,5%	20 20,2%	9 23,1%	20 51,3%	10 25,6%	0,771
Se cubre siempre la zona genital de la mujer durante la exploración ginecológica	31 22,5%	42 30,4%	65 47,1%	20 20,2%	28 28,3%	51 51,5%	11 28,2%	14 35,9%	14 35,9%	0,249
Se cierra la puerta cada vez que se entra o sale del espacio en el que se encuentra la mujer, y se llama a la puerta antes de entrar	19 13,9%	35 25,5%	83 60,6%	9 9,2%	23 23,5%	66 67,3%	10 25,6%	12 30,8%	17 43,6%	0,013
Se facilita información a familiares/acompañantes sin haber pedido autorización a la mujer	76 58%	39 29,8%	16 12,2%	62 66%	21 22,3%	11 11,7%	14 37,8%	18 48,6%	5 13,5%	0,007
El espacio (consulta/paritorio/habitaciones) en el que se atiende a la mujer favorece la intimidad visual y verbal	11 8%	67 48,6%	60 43,5%	9 9,1%	42 42,4%	48 48,5%	2 5,1%	25 64,1%	12 30,8%	0,071
El número de profesionales presentes en el parto es el imprescindible	26 19%	54 39,4%	57 41,6%	15 15,2%	39 39,4%	45 45,5%	11 28,9%	15 39,5%	12 31,6%	0,134

Tabla 3. Opinión de las matronas sobre el trato profesional ofrecido

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
En el trato profesional se tienen en cuenta los sentimientos y situación personal de cada mujer	9 6,5%	53 38,4%	76 55,1%	2 2%	32 32,3%	65 65,7%	7 17,9%	21 53,8%	11 28,2%	0,000
Los profesionales que atienden a la mujer se presentan indicando su nombre y profesión	17 12,3%	40 29,0%	81 58,7%	2 2%	26 26,3%	71 71,7%	15 38,5%	14 35,9%	10 25,6%	0,000
Se crea un clima de confianza y respeto	3 2,2%	51 37%	84 60,9%	1 1%	26 26,3%	72 72,7%	2 5,1%	25 64,1%	12 30,8%	0,000
Los profesionales que atienden a la mujer sustituyen su nombre por apelativos, como «niña», «hija», «guapa», «cariño», etc.	57 41,3%	60 43,5%	21 15,2%	41 41,4%	43 43,4%	15 15,2%	16 41%	17 43,6%	6 15,4%	0,999
Se establece una relación de proximidad que permite el contacto con los profesionales, y se utiliza un tono amable y un volumen de voz adecuado	1 0,7%	38 27,7%	98 71,5%	1 1%	19 19,2%	79 79,8%	0 0%	19 50%	19 50%	0,001
El espacio y las infraestructuras en los que se atiende a la mujer son adecuados	11 8,0%	71 51,4%	56 40,6%	6 6,1%	44 44,4%	49 49,5%	5 12,8%	27 69,2%	7 17,9%	0,003
Se intenta que el ambiente en el que se atiende a la mujer sea cálido, íntimo, confortable y libre de ruido ambiental	3 2,2%	60 43,2%	76 54,7%	0 0%	33 33,3%	66 66,7%	3 7,5%	27 67,5%	10 25%	0,000

En la tabla 3 se presentan los datos referidos al trato profesional. Se puede apreciar la gran diferencia de opinión entre las matronas de hospital y AP. Los ítems referidos al trato presentan un coeficiente alfa de Cronbach de 0,808.

En la tabla 4 aparecen los datos referidos a la autonomía, la participación y el consentimiento de la mujer. También pueden apreciarse las diferencias de opinión entre las matronas de hospital y AP. Esta dimensión presentó una aceptable consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,739.

En la figura 1 se presenta la adecuación de la práctica, separada por hospital y AP. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para todos los ítems, excepto para la cuestión referida a si durante el seguimiento del embarazo se realizan más pruebas médicas de las nece-

sarias. La consistencia interna para los ítems de adecuación de la práctica es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,891 para 9 elementos.

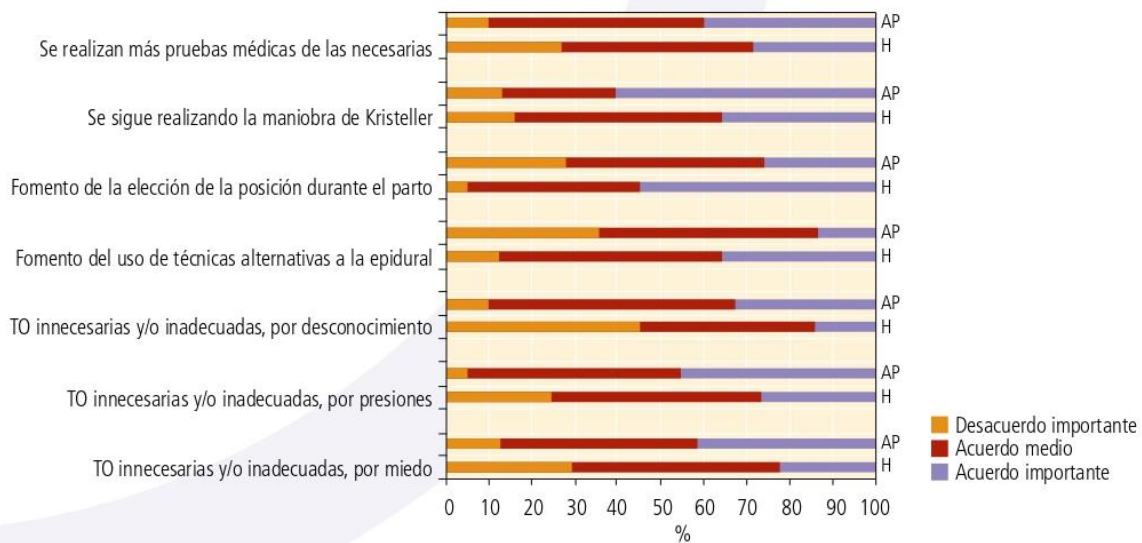
En la tabla 5 se recogen los datos de protocolos de actuación.

DISCUSIÓN

No se tiene constancia de ningún estudio previo en el que se recoja la opinión de las matronas mediante cuestionario sobre los aspectos que determinan si la atención al embarazo, el parto y el puerperio es respetuosa con la mujer, más allá de los indicadores objetivos recogidos en la «Estrategia de atención al parto normal» del Ministerio de Sanidad³. De todas formas, cabe destacar que se han realizado estudios sobre la

Tabla 4. Opinión de las matronas sobre el respeto a la autonomía de la mujer

	Global			Hospital			Atención primaria			p
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	
Se favorece que la mujer exprese cómo desea ser atendida	7 5%	44 31,7%	88 63,3%	3 3%	19 19,2%	77 77,8%	4 10%	25 62,5%	11 27,5%	0,000
El plan de parto y nacimiento escrito favorece que se respeten las voluntades de la mujer	8 5,8%	49 35,3%	82 59%	3 3%	32 32,3%	64 64,6%	5 12,5%	17 42,5%	18 45%	0,028
Se respetan las decisiones informadas de la mujer, aunque a los profesionales no les parezcan las más adecuadas	19 13,8%	67 48,5%	52 37,7%	10 10,2%	43 43,9%	45 45,9%	9 22,5%	24 60%	7 17,5%	0,005
Los profesionales se esfuerzan en dar toda la información necesaria de manera comprensible para la mujer	5 3,6%	50 36,2%	83 60,1%	1 1%	29 29,6%	68 69,4%	4 10%	21 52,5%	15 37,5%	0,000

**Figura 1.** Opinión de las matronas sobre la adecuación de la práctica clínica. AP: atención primaria; H: hospital; TO: técnicas obstétricas

opinión de las matronas respecto a algunos aspectos concretos del parto, como el acompañamiento¹⁰ y otras recomendaciones de la OMS para la atención al parto normal¹¹.

Puede considerarse que el hecho de garantizar el anonimato y no identificar los centros asistenciales ha contribuido a la veracidad de las declaraciones. Todo ello con un porcentaje de respuestas elevado, sin rechazo a

la declaración, por lo que puede considerarse representativa de las matronas del sistema público de Baleares. Los datos se presentan separadamente por matronas de hospital y AP, lo que permite constatar las diferencias de opinión; en general, son más críticas las de AP.

Es importante el contexto en el que se han recogido las opiniones: el análisis del CMBD de Baleares de los años previos (2012-2014) indicaba que, del total de

Tabla 5. Opinión de las matronas sobre la adecuación de los protocolos de actuación

	Hospital		Atención primaria			p	
	Desacuerdo importante	Acuerdo medio	Acuerdo importante	Desacuerdo importante	Acuerdo medio		Acuerdo importante
Los protocolos con los que trabajas están actualizados	6 6,1%	48 48,5%	45 45,5%	21 52,5%	13 32,5%	6 15%	0,000
Los protocolos con los que trabajas evitan las prácticas rutinarias, obsoletas y/o innecesarias	4 4%	38 38,4%	57 57,6%	13 32,5%	18 45%	9 22,5%	0,000
Los protocolos con los que trabajas favorecen la atención individualizada según las características de cada mujer y proceso de embarazo, parto y puerperio	15 15,2%	47 47,5%	37 37,4%	17 42,5%	14 35%	9 22,5%	0,002

21.509 partos, el 68,5% eran eutócicos, el 9,9% instrumentados y el 21,6% por cesárea. La administración de analgesia epidural en los partos eutócicos representó el 59,1%, y se practicaron episiotomías en el 18,5% de los partos eutócicos⁹. La falta de datos a escala estatal dificulta la comparación de dichos resultados con los de otras comunidades autónomas. Sólo hay datos referidos a la tasa de cesáreas, y la de Baleares ocupa una posición intermedia. Sin datos comparativos de cómo se atiende el proceso obstétrico en España, no se pueden extrapolar las respuestas a las matronas del SNS.

El uso de la técnica de grupo nominal, con un grupo de matronas expertas de hospital y AP, permitió la generación y priorización de los ítems incluidos en cada dimensión, eliminando los menos relevantes. El análisis muestra una aceptable consistencia interna en cada dimensión resultante, especialmente tras eliminar los ítems que más la perjudicaban. Resultó un cuestionario que respondía a los objetivos planteados, que fue mejorado tras el pilotaje, cuya administración es sencilla, ya que responderlo lleva menos de 10 minutos. El cuestionario no hace referencia a aspectos concretos de la atención en Baleares, por lo que podría emplearse en otros lugares, ganando en validez externa.

En cuanto a los resultados, cabe destacar que menos de la mitad de las profesionales refería un grado de acuerdo importante en que el embarazo, el parto y el puerperio normales son atendidos como un proceso fisiológico. Con estos resultados puede apreciarse que hay cierta crítica a la medicalización de un proceso fisiológico, en la misma línea de considerar que la atención obstétrica en centros hospitalarios supone la medicalización de un proceso no patológico. La gestante pasa a ser paciente y a ser atendida como tal, sin padecer ningún problema de salud, por lo que pasa a depender de una intervención médica para afrontar su proceso reproductivo¹².

Se ha demostrado que la atención individualizada

one-to-one proporciona una reducción de la tasa de intervenciones médicas y aumenta la calidad humana de la asistencia¹³. La mitad de las opiniones recogidas consideraban que la elevada carga asistencial dificulta ofrecer una atención personalizada, respetuosa y de calidad, por lo que tal vez la limitación de los recursos humanos de los centros estudiados no hace factible una atención más individualizada.

Más de la mitad de las matronas consideraba que se favorece la intimidad simplemente cerrando la puerta al entrar y salir y llamando antes de entrar. Casi la totalidad opinaba que el espacio físico en el que se atiende a las mujeres favorece la intimidad visual y verbal, de lo que se puede deducir que los espacios son o se han adaptado en pro de la intimidad, y que los profesionales participan en gran medida para que así sea. El espacio físico y el ambiente creado afectan directamente a la atención obstétrica recibida durante el embarazo y el puerperio, pero además afectan a la evolución del parto y la vivencia de éste por parte de la mujer¹⁴.

En cuanto a cubrir la zona genital de la mujer durante la exploración ginecológica, las opiniones indican que no siempre se cumple a pesar de ser recomendable para favorecer la intimidad. Por otro lado, muchas matronas refieren que el número de profesionales presentes en el parto es mayor que el imprescindible, hecho que merma la intimidad de la mujer. Por último, más de un tercio refiere que se facilita información sin autorización de la mujer a familiares/acompañantes distintos al elegido por ésta para estar presente en las consultas o en el parto, vulnerando así en ocasiones el derecho a la intimidad¹⁵.

También es destacable que las matronas expresen que, en ocasiones, en la comunicación con la mujer se sustituye su nombre propio por otros apelativos, como «niña», «hija», «guapa», «cariño», etc., que se incluyeron en el cuestionario por tener una elevada carga de género, al

indicar roles o actitudes tradicionalmente considerados propios de la mujer. El hecho de no referirse a la mujer por su nombre supone una despersonalización¹⁶ y una falta de respeto. Y es que el uso de sobrenombres y diminutivos es uno de los aspectos recogidos como trato deshumanizante referido por las mujeres¹⁷.

En cuanto al trato, sorprenden las diferentes opiniones entre matronas de hospital y AP. Dos tercios de las hospitalarias y sólo un tercio de AP declaran un grado de acuerdo importante en que el trato ofrecido es individualizado, de proximidad y respetuoso con los sentimientos y opiniones de la mujer, y que se ofrece en un clima cálido y confortable. Que la valoración sea más crítica por parte de las matronas de AP puede deberse a la relación continuada con la mujer, lo que favorece que ésta exprese con más confianza cómo ha sido atendida.

Mayoritariamente, las matronas opinan que se respeta el derecho de autonomía de la mujer, aunque algunas indicaron que en ocasiones no se favorece que la mujer exprese cómo desea ser atendida, y que a veces los/las profesionales no se esfuerzan por dar toda la información necesaria de manera comprensible. Ello iría en contra de los principios de la Ley de Autonomía del Paciente, en la que se indica que «los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma», que «se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades», y «los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial serán responsables de informarle»¹⁵.

En general, se puede deducir que hay voluntad de respeto a la autonomía de la mujer, sobre todo si no contraviene la opinión del profesional, lo que denota cierto grado de paternalismo, creyendo que ésta es la correcta, sin tener en cuenta que la mujer debe decidir sobre su cuerpo y proceso reproductivo, tomando decisiones informadas, a pesar de que discrepen con las del profesional de la salud.

Más de la mitad de las matronas expresa un grado de acuerdo importante con que el plan de parto y nacimiento escrito favorece que se respeten las opiniones de las mujeres, por lo que sería interesante saber si se está generalizando la promoción de la elaboración del plan de parto promovido por el Ministerio de Sanidad¹⁸.

Los hospitales públicos de Baleares cuentan con protocolos de actuación, y la mayoría de matronas reconocen que están actualizados y favorecen la atención individualizada, así como que evitan las prácticas rutinarias, obsoletas y/o innecesarias⁸. Por el contrario, las matronas de AP indican que en su medio no se cuenta con un protocolo unificado y adecuado.

En cuanto a la adecuación de la práctica clínica, parcialmente se reconoce que en ocasiones pueden llevarse a cabo técnicas innecesarias y/o inadecuadas, no tanto por desconocimiento como por posibles presiones de otros profesionales o por miedo al desarrollo de los procesos obstétricos. La práctica profesional puede ser medicalizada en exceso, en muchas ocasiones como estrategia defensiva¹⁹.

La técnica de Kristeller es referida por la mujer como muy dolorosa, y no existe evidencia suficiente de las ventajas de llevarla a cabo²⁰. El hecho de que no exista registro en la historia clínica de las técnicas realizadas dificulta estudiar la frecuencia en la que dicha técnica se practica. Pero sólo menos de una quinta parte de las matronas encuestadas consideraron que no se lleva a cabo la técnica de Kristeller, por lo que podemos deducir que no es inusual, aunque es un aspecto que debería investigarse.

Tanto el discurso profesional como el institucional actualmente propugnan que se favorezca el uso de técnicas de alivio del dolor, las alternativas a la anestesia epidural y la libre elección de la mujer de la posición de parto. Pero por los datos referidos de Baleares, sabemos que en determinados hospitales públicos más de dos tercios de los partos eutócicos se realizan con epidural, y en cambio en otros son menos de la mitad⁸. En este sentido las matronas de hospital defendían, en buena medida, que las alternativas a la epidural sí se fomentan; en cambio gran parte de las de AP que atienden a la mujer en el puerperio no tienen una opinión tan positiva al respecto.

Por último, la mayoría de matronas consideraba que se realizan más pruebas médicas (analíticas, ecografías, etc.) de las necesarias, de lo que se deduce de nuevo una sobreintervención de los procesos obstétricos.

CONCLUSIÓN

Las matronas de Baleares opinan que la atención obstétrica en esta comunidad autónoma es, en general, respetuosa y que se ofrece un trato humanizado, pero de sus respuestas también se deduce que existe un margen de mejora que cabría tener en cuenta.

También referían que el embarazo, el parto y el puerperio normales no siempre son entendidos ni atendidos como procesos fisiológicos, por lo que existe cierta sobreintervención.

En cuanto a la autonomía, expresaron que se favorece que la mujer elija cómo desea ser atendida, reconociendo la utilidad del plan de parto, aunque indicando que la actitud de los/las profesionales a veces cambia cuando la voluntad de la mujer difiere de la su opinión.

Asimismo, referían que la intimidad se favorece en gran medida, adaptando los espacios y medidas físicas para ello, aunque no siempre se limitan los profesionales presentes en el parto, y en ocasiones se da información sin consentimiento de la mujer a otros familiares/acompañantes distintos al elegido por ésta para estar presente en las consultas o en el parto.

El trato ofrecido fue considerado mayoritariamente como individualizado, de proximidad y respetuoso, aunque las matronas expresaron que los insuficientes recursos humanos no favorecen que así sea.

Indicaron que en ocasiones se realizan actuaciones o técnicas innecesarias o inadecuadas, a pesar de que mayoritariamente consideran los protocolos hospitalarios adecuados y actualizados.

Cabe destacar la diferencia de respuestas entre las matronas de hospital y de AP, hecho que puede determinar que el ámbito de trabajo permite valorar de diferente manera cómo son atendidas las mujeres. En general, son más críticas las matronas de AP que las de hospital.

Por tanto, para mejorar los aspectos relevantes sobre la intimidad, el trato, la autonomía y la adecuación de la práctica, es imprescindible tener en cuenta la opinión de las matronas. También sería determinante valorar qué refieren las mujeres en cuanto a la atención recibida, si se han sentido respetadas o violentadas en sus procesos reproductivos.

AGRADECIMIENTOS

A todas las matronas que participaron en el estudio respondiendo el cuestionario. A Joana Ripoll, técnica en investigación, y a las matronas Carmen Alfaro, Carmen Herrero, Margarita Capo y Bàrbara Bonnin, que trabajaron en la elaboración del cuestionario. A Isabel Sanpedro, Fátima Céspedes, Beatriz Saboya, Pilar Romero, Pilar Boto y Antonia Villalonga, que facilitaron la distribución y recogida de cuestionarios. Y a Miquel Llobera, por la revisión lingüística y de formato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.

2. Gherardi N. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. CEPAL. Serie Asuntos de Género. Naciones Unidas. 2016; 17-26 (141).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas de los cuidados desde el nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
8. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Evolución de la tasa de cesáreas en los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud. Informes Breves CMBD N.1 Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
9. Llobera R, Alfaro C, Herrero C. L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. Medicina Balear. 2016; 31(2): 37-44.
10. Ibáñez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Prof. 2004; 5(16): 25-31.
11. Rengel-Díaz C. Recomendaciones al parto normal de la OMS. ¿Qué opinan las matronas de un servicio? Enfermería Docente. 2008; 88: 3-11.
12. Camarco Cuevas MC. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. 2009; 14(32): 147-62.
13. Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. J Public Health Oxford. 1999; 21(3): 243-8.
14. Müller AE, Parra Casado M. Arquitectura de la maternidad: recuperar y crear nuestros espacios. Dilemata. 2015; 7(18): 147-55.
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE de 15 de noviembre de 2002.
16. Blázquez MI. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la Comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2009; 182.
17. Terán P, Castellanos C, González M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez. 2013; 73(3): 171-80.
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
19. Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. C Med Psicosom. 2014; 111(79): 79-83.
20. Resnel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. Matronas Prof. 2011; 12(3): 82-9.

Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido

Dades informatives relatives la revista on s'ha realitzat la tercera publicació.

Títol	INVESTIGACIONES FEMINISTAS
País	Espanya
URL	http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/index
Àmbit	SOCIOLOGIA
Camp acadèmic	FEMINISME I ESTUDIS DE GÈNERE
Indexada	Emerging Sources Citation Index , DOAJ , DIALNET
Avaluada	Directory of Open Access Journals ERIHPlus LATINDEX. Catàleg v1.0 (2002 - 2017)
Polítiques OA	Dulcinea
ICDS	ISSN 2171-6080 Índex de cites (Emerging Sources Citation Index) = +3.5 Està en una base de dades de indexació i resum o en DOAJ (, DOAJ) = +3 Antiguitat = 9 anys (data inici: 2010) Prevalença $\log_{10}(9) = +1.0$ ICDS = 7.5

Matriz de Información para el Análisis de Revistas. Versión 2019 live



Dra. Victoria A. Ferrer Pérez, com coautora del següent article:

Llobera, R., Ferrer, V.A. i Chela, X. (2019) Violència obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas* 10 (1), 167-184.
doi:<https://doi.org/10.5209/infe.60886>

DECLARO:

Que accepto que la Sra. Rosa Llobera Cifre, presenti l'article anteriorment citat com a autor principal i formi part de la seva tesi doctoral. Aquest article no podrà formar part, en cap cas, d'una altra tesi doctoral.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

Palma de Mallorca, 01 Juliol del 2019.



Xènia Chela Àlvarez, com coautora del següent article:

Llobera, R., Ferrer, V.A. i Chela, X. (2019) Violència obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas* 10 (1), 167-184.
doi:<https://doi.org/10.5209/infe.60886>

DECLARO:

Que accepto que la Sra. Rosa Llobera Cifre, presenti l'article anteriorment citat com a autor principal i formi part de la seva tesi doctoral. Aquest article no podrà formar part, en cap cas, d'una altra tesi doctoral.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

Palma de Mallorca, 01 Juliol del 2019.



Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido

Rosa Llobera Cifre¹; Victoria A. Ferrer Pérez²; Xènia Chela Álvarez³

Recibido: Julio 2018 / Revisado: Abril 2019 / Aceptado: Mayo 2019

Resumen. La violencia obstétrica supone un trato deshumanizado, una intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de embarazo, parto y puerperio, que vulnera los derechos de las mujeres y afecta a su salud. Es un concepto novedoso, de un viejo problema, que se conforma a partir de la violencia machista y la violencia institucional. Este trabajo explora las vivencias de violencia obstétrica desde la perspectiva de aquellas mujeres que la han sufrido. Con ese fin, se han realizado 12 entrevistas semi-estructuradas con un enfoque fenomenológico.

Los resultados indican que el trato deshumanizado, irrespetuoso, jerarquizado, y la atención insuficiente fue la base de la violencia obstétrica sufrida. A pesar de existir recomendaciones de organismos estatales e internacionales se siguen realizando prácticas clínicas injustificables. El entorno sanitario inadecuado tampoco favorece el desarrollo fisiológico de los procesos obstétricos. La vulneración del derecho de autonomía e información es fuente del malestar descrito por las entrevistadas. La toma de conciencia de sus derechos y su actitud reivindicativa nace de la violencia obstétrica y de compartir posteriormente la vivencia con otras mujeres. Las entrevistadas muestran tener capacidad de agencia, pero no siempre pueden hacer efectivas sus decisiones debido al contexto institucional. En conclusión, la violencia obstétrica en todas sus dimensiones afecta negativamente las experiencias y las emociones relacionadas con los procesos de salud reproductiva. Este estudio pretende dar a conocer la percepción y opinión de las mujeres que han sufrido violencia en los servicios obstétricos y el impacto que ha tenido en sus vidas.

Palabras clave: Parto humanizado, embarazo, periodo posparto, obstetricia, violencia, género.

[en] Obstetric violence: the perspective of women who have suffered it

Abstract. Obstetric violence is a dehumanized treatment, a disproportionate and inexorably medicalized intervention of the natural process of pregnancy, childbirth and puerperium. It is considered an infringement of women rights and has an impact on their health. This is a new conceptualization of an old problem, based on sexist and institutional violence. This article explores the perspectives and the experiences of women exposed to obstetric violence. We conducted 12 semi-structured interviews, using a phenomenological approach.

Our results indicates that dehumanized, disrespectful, and hierarchical treatment, along with insufficient care were on many occasions, the basis of the endured obstetric violence. Despite the existence of recommendations from different governmental and international organizations, unjustifiable clinical practices are performed. Moreover, an inadequate physical environment does not favour the physiological development of obstetric procedures. Transgressing autonomy and information rights is a fundamental source of distress for the interviewed women. Rights awareness and the demanding attitude has its foundation in obstetric violence experiences and sharing those experiences with other

¹ Matrona. Atención Primaria de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears.
rosa.lloberacifre@gmail.com

² Catedrática de Psicología Social de Género. Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears.

³ Investigadora en la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

women. The interviewed participants had agency capacity, but because of the institutional context they were not always capable of making their decisions effectively. In conclusion, obstetric violence, with all its dimensions, is negatively related with the experiences and the emotions of reproductive health process. This study provides disclosure on perceptions and opinions of women suffering violence in the obstetric services, and the impact on their lives.

Keywords: Humanized childbirth, pregnancy, postpartum period, obstetrics, violence, gender.

Sumario. 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Resultados. 3.1. Trato de los profesionales, indicativo de violencia obstétrica. 3.2. Práctica clínica constitutiva de violencia obstétrica. 3.3. Entorno en el que se recibe la atención obstétrica. 3.4. Violencia obstétrica por vulneración de los derechos de las pacientes. 3.5. Agencia y empoderamiento tras el sufrimiento de violencia obstétrica. 4. Conclusiones. Aspectos éticos y legales. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Llobera Cifre, R. (2019). Violencia obstétrica: la perspectiva de las mujeres que la han sufrido, en *Investigaciones feministas* 10.1, 167-184.

1. Introducción

“La Violencia Obstétrica (VO) se asocia a la intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de la condición de embarazo y de parto” como se define en el documento *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*, publicado por Naciones Unidas en 2016 (Gherardi, 2016, p.17).

Medina (2008, en Magnone, 2011) definió la VO como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud en el ámbito público o en el privado, que, directa o indirectamente, afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado y un abuso de medicalización de los procesos naturales” (p.3).

Esta violencia se conforma a partir de la violencia contra las mujeres y la violencia institucional, y estas se sustentan en sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectivamente (Rocha, 2004). En este sentido, y por lo que se refiere a la violencia contra las mujeres, cabe recordar que los modelos explicativos más aceptados para esta violencia consideran que es un fenómeno completo y está basada en multitud de factores (a los que se atribuye una relevancia variable), pero sólo puede ser explicada a partir de la intervención de un conjunto de factores específicos, en el contexto general de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, que ocurren en los niveles individual, grupal, nacional y mundial (ONU, 2006). Estos modelos coinciden, por tanto, con la perspectiva teórica feminista en considerar que se trata de una violencia basada en el género, que es producto de los valores culturales patriarcales, y constituye un mecanismo de control social para mantener la subordinación de las mujeres (Lawson, 2012).

Esta misma relación de poder y sumisión que ejerce el sistema patriarcal sobre las mujeres en general, se reproduce en el ámbito de la atención a la salud, entre el personal sanitario y las pacientes, y, por supuesto, también en relación a las mujeres embarazadas (Tinoco, 2013), de modo que el entorno sanitario puede ser, en sí mismo, generador de violencia hacia las mujeres en el seno de la propia organización (Goberna, 2017). En este sentido, Carme Valls (2009) señala que el patriarcado usa,

como si fueran científicas, tres reglas o máximas relativas al cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; la fragmentación del cuerpo y la experiencia; y la objetualización de los sujetos, a través de la medicalización y el poder en el acto médico.

La sobremedicalización contiene también un importante sesgo de género, de modo que aquellas cuestiones propias o relacionadas con la sexualidad y la reproducción femeninas (menstruación, menopausia, embarazo, parto, etc.) se convierten en procesos supuestamente patológicos y que, en definitiva, requieren de ayuda médica para llegar a buen fin (García, 2017; Ruiz-Cantero, 2009), e incluso, la realización de prácticas que pueden llegar a constituir VO (Gervás y Pérez-Fernández, 2016).

En definitiva, como señala Bellón (2015), la VO puede ser considerada como un tipo de violencia basada en género, en tanto en cuanto en las sociedades patriarcales el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres constituye un aspecto clave para mantenerlas en una posición de subordinación, e implica que el personal de salud ejerza su rol desde una posición de poder y se apropie del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Lo cual no podría existir sin la inferiorización y discriminación previa de la sociedad a la mujer. (Fernandez, 2006).

En cuanto a legislaciones específicas, el primer país que incluyó la VO en su legislación fue Venezuela en 2007 (Ley 38.668, 2007), iniciativa que fue seguida por varios países latino-americanos (Arguedas, 2014; Camacaro, 2013; Tinoco, 2013). Como añade Bellón (2015), en varias partes del mundo, este término también ha sido promovido, por movimientos sociales para denunciar las prácticas irrespetuosas y violentas ejercidas por el personal sanitario. Pero la crítica y las reivindicaciones en torno al parto existen desde hace décadas, así como el activismo por parte de movimientos a favor de los derechos de las mujeres y la salud reproductiva.

A nivel internacional cabe destacar también las convenciones sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1994) y la Declaración sobre Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención en el parto en los centros sanitarios (WHO, 2014), en la que se reconoce esta violencia como un importante problema de salud pública y de los derechos humanos reclamando accionar el diálogo, la investigación y el apoyo en relación a esta.

Recientemente la OMS publicó la nueva guía de recomendaciones de cuidados intraparto para una experiencia de nacimiento positiva (WHO, 2018), en la que se recomienda la atención a la maternidad respetuosa, evitando el maltrato, y permitiendo la toma de decisiones informadas, así como apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento.

El Ministerio de Sanidad español ha publicado varios documentos con el fin de lograr un cambio en el modelo asistencial dirigido a mejorar la calidad del servicio garantizando prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y a su vez respetuosas con los deseos, necesidades y autonomía de la mujer: la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) para establecer recomendaciones específicas; los Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009); la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010); o la Guía de práctica clínica

de atención en el embarazo y puerperio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

En Baleares, comunidad autónoma donde se ha llevado a cabo este estudio, recientemente se reconoció el término VO en la Proposición no de ley sobre la humanización del parto y buenas prácticas obstétricas, aprobada en 2018 (BOIB 131). Además, Baleares en su Ley de Salud 5/2003 (BOIB 55) ya recogió explícitamente los derechos de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

Por lo que se refiere a los estudios previos sobre el tema en nuestro entorno, en 2016 se estudió la adecuación a la Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad de los hospitales públicos de las Islas Baleares, mediante el análisis de datos registrados durante tres años. De 21.509 partos estudiados el 9,9% fueron instrumentados y el 21,6% cesáreas, datos en la media de comunidades autónomas, pero superando ampliamente las recomendaciones. En los partos eutócicos, se administró epidural en un 59,1% de los casos y en el 18,5% se realizó episiotomía, lo que constató sobremedicalización. Se observó una amplia variabilidad entre hospitales, existiendo, margen de mejora (Llobera, Alfaro, y Herrero, 2016). En 2018 se publicó un estudio sobre la opinión de las matronas en cuanto a la autonomía, la intimidad, el trato y adecuación de la práctica obstétrica ofrecida en centros públicos y privados de Baleares; los resultados reflejan que las matronas son críticas en cuanto a la atención obstétrica ofrecida (Llobera, 2018).

En este contexto, además de realizar análisis cuantitativos, es también importante estudiar las vivencias y las emociones de las mujeres que han sufrido VO durante los procesos reproductivos, y de este modo garantizar el derecho de toda mujer a recibir una atención obstétrica respetuosa y de calidad.

El objetivo principal del estudio es explorar en profundidad las vivencias de las mujeres que han sufrido VO. Específicamente se pretende conocer las percepciones, sentimientos y emociones de aquellas mujeres que han experimentado VO, indagando sobre su percepción del trato recibido por parte de los profesionales cuando este es irrespetuoso, sobre aquellas prácticas clínicas que pueden suponer VO, y sobre el entorno en el que se viven estos procesos obstétricos.

2. Metodología

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, que enfatiza la experiencia individual y descripción de los significados de las vivencias de la atención recibida, para explorar en profundidad las experiencias de aquellas mujeres que han sufrido VO.

La recogida de datos se hizo mediante entrevista semi-estructurada para favorecer la expresión personal de los sentimientos y percepciones de las mujeres, centrados en sus experiencias durante la atención obstétrica, en un diálogo íntimo. Las entrevistas las realizó la investigadora principal y duraron 40-60 minutos.

La población de estudio fueron mujeres que habían sufrido una experiencia de VO entre 2012 y 2018, atendidas en el momento de los hechos en un centro sanitario público o privado de Mallorca y que decidieron libremente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado. Para la selección de participantes se solicitó colaboración a una matrona de atención primaria (AP) de cada sector sanitario, accediendo así a mujeres atendidas en todos los hospitales de Mallorca, tanto públicos como privados. Se informó a las matronas de los objetivos, criterios de inclusión/ex-

clusión y aspectos que conforman la VO (trato deshumanizado, sobremedicalización, práctica clínica inadecuada, vulneración de los derechos de la paciente). Las mujeres fueron captadas en la consulta de la matrona de AP, entre noviembre de 2017 y enero del 2018; previo consentimiento, las matronas remitieron los datos de contacto a la investigadora principal, para que concertara la entrevista con las participantes.

Los criterios de exclusión fueron: existencia de barrera idiomática, haber recibido la atención obstétrica en un parto domiciliario, así como mujeres con discapacidad mental o sensorial que dificultara el consentimiento informado de participación o la entrevista.

Se realizó un muestro intencional y se tuvo en cuenta el nivel de estudios, atención recibida en centros públicos y/o privados y si el tipo de experiencia de VO vivida durante el seguimiento del embarazo y puerperio o bien durante el parto para representar la mayor variedad de discursos.

El diseño es cualitativo, por lo que no se pretende que los resultados obtenidos en la muestra estudiada puedan extrapolarse a la población general. Sin embargo, el tamaño muestral ha permitido obtener información en cantidad y calidad suficiente como para alcanzar la saturación del discurso.

Se realizaron 12 entrevistas. Las participantes en el momento de la experiencia relatada tenían entre 28 y 40 años. Su nivel de estudios oscilaba entre educación obligatoria, y educación superior universitaria. Cinco mujeres fueron atendidas exclusivamente en los servicios públicos de salud; las otras siete combinaron la atención de servicios públicos y privados. Las entrevistas se registraron mediante grabadora de audio, previo consentimiento de las participantes, y se transcribieron posteriormente. El anonimato de las participantes se garantizó durante todo el proceso, y se les informó de ello.

Se identificaron las dimensiones relevantes implicadas en las experiencias de VO par a la elaboración del guión de la entrevista, que fue posteriormente pilotado. Las dimensiones analizadas fueron las siguientes: la percepción en cuanto al trato recibido indicativo de VO; la experiencia en cuanto a prácticas clínicas consideradas VO; entorno en el que se recibe la atención obstétrica; la percepción del respeto a sus derechos como paciente (autonomía, información, etc.); agencia y empoderamiento de las mujeres que han sufrido VO; sentimientos y emociones de las mujeres que han sufrido VO.

Tras la transcripción de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido. En primer lugar, las investigadoras elaboraron conjuntamente un árbol de códigos según los objetivos del estudio. En segundo lugar, para garantizar la validez interna, cada una de ellas analizó de forma individual las transcripciones, asignando a cada parte del discurso un código concreto. Se triangularon los resultados entre investigadoras y se comprobó la coincidencia de la categorización de los fragmentos de las entrevistas. En caso de discrepancia se consensuó el código más apropiado, y finalmente se acordaron las conclusiones. Se utilizó el soporte software de análisis cualitativo NVivo11.

3. Resultados

Se analizaron las 12 entrevistas y se establecieron las dimensiones de la VO (trato, práctica clínica, entorno y derechos de las pacientes), así como la agencia y empoderamiento de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, relacionando cada categoría

con los sentimientos de las mujeres entrevistadas. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada una de las categorías analizadas.

3.1. Trato de los profesionales, indicativo de violencia obstétrica

Todas las mujeres entrevistadas hicieron referencia a la relevancia del trato relacional recibido durante los procesos de atención obstétrica.

Expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO sufrida y fuente de sentimientos negativos que influyeron directamente en la experiencia del parto.

En las entrevistas las mujeres reportaron que mayoritariamente los/las profesionales que las asistieron durante el parto no se presentaron (ni el nombre, ni la categoría profesional), incluso en aquellos casos en que hacían alguna técnica o intervención (tacto vaginal, monitorizar, parto instrumental, etc.). Esta situación les generó sentimientos de pérdida de control y de la intimidad.

El tacto que me hizo la ginecóloga, fue el tacto con menos “tacto” que me hicieron en todo el día ¡Horroroso! Sin presentarse, entró en la habitación y me metió los dedos, sin darme explicaciones, ni pedirme permiso. (E11)

Empezaron a entrar muchos, yo no sabía ni quién eran, enfermeras o no sé quiénes eran... en la habitación un momento entraron más de seis personas, yo tenía las dos matronas, pero las otras no sé qué pintaban allí, nadie se presentó. (E3)

En el relato de las mujeres se puede apreciar que el trato recibido era en ocasiones paternalista; nos referimos al uso por parte de los profesionales de un lenguaje demasiado llano o explicaciones poco adaptadas al nivel formativo de las mujeres, así como a no dar toda la información sobre su estado de salud, aludiendo que era por su bien, o tomar decisiones médicas unilaterales, sin tener en cuenta la opinión de la mujer.

Además, te explican las cosas de una manera, como si fueras... como si no lo pudieras entender, (...) y a pesar de que conocen tu nivel de estudios, esto da igual. Te lo explican con palabras demasiado coloquiales, y las mujeres estamos bien preparadas para oír según qué. Estoy acostumbrada a que sea así, resignada...(E11)

También hacían referencias a la infantilización sufrida a través del lenguaje (i.e. “niña”, “bonita”, etc.), así como a que no se tomaba en serio su opinión, o se burlaban de sus conocimientos sobre el embarazo, parto o puerperio (refiriendo que eran primerizas), o hablaban con familiares/parejas sobre temas que afectaban a la mujer en lugar de hablar con ellas (estando la mujer en plenas facultades).

Quiero que me den las explicaciones a mí, que estoy aquí, y dar yo el consentimiento. Porque vale, ella se lo explicaba a mi marido y todo lo que tú quieras, perfecto, ¡pero es que es a mí! (E8)

El trato paternalista también se expresó al no dejar decidir/opinar a la mujer sobre su proceso reproductivo cuando estaba capacitada para hacerlo, y realizando prácti-

cas médicas no recomendadas con el discurso que las están ayudando, demostrando poco respeto a las expresiones del dolor de la mujer, lo que a ellas les provocó enfado.

Y yo les decía: no, no lo quiero, bajo mi responsabilidad. Y ella [Ginecóloga] me decía: “tú en estos momentos ya no puedes opinar, porque ya no tienes la cabeza en su sitio, y ya no puedes opinar”. (E8)

Y ahí fue, que la ginecóloga me apretó, muy fuerte, se me puso encima [Kristeller] y me dijo: “yo te ayudo un poco, te lo empujo”. (E5)

Refirieron falta de atención durante el embarazo, relacionada con una atención de los profesionales demasiado rápida, no adaptada a las circunstancias de la mujer, poca explicación de las ecografías y no resolución de dudas. La mayoría de las entrevistadas lo asociaban a condicionantes externos como la falta de recursos humanos, que dificultaba que la atención fuese más personalizada y de calidad.

Las entrevistadas expresaron que, durante la dilatación, en ocasiones no disponían de acompañamiento profesional y esto conllevaba falta de información del parto, la imposibilidad de resolver dudas y la escasa atención de sus necesidades. Esta desatención provocó sentimientos de miedo, soledad y angustia. De nuevo, la atención insuficiente fue relacionada con la falta de personal.

Allí me encontré muy mal y claro ¡como que estaba tan sola! Bueno estaba con mi pareja, pero sin que nadie de personal me dijera: no pasa nada esto es normal o tranquila... Bueno, como estaba tan sola y no había nadie que me relajara, me fui poniendo muy nerviosa, muy ansiosa, lo que hizo que el dolor fuera peor..(E1)

En el postparto hospitalario criticaron la falta de ayuda y asesoramiento en la lactancia materna, que no las exploraran e informaran de su estado antes del alta (valoración del útero, la sutura, sangrado, etc.) y las mujeres que acudían a la sanidad privada refirieron que sólo atendieron las necesidades físicas dejando de lado las emocionales, la lactancia, etc.

Expresaron que sintieron falta de empatía por parte de los profesionales, e incluso tuvieron la sensación en varias ocasiones de que los/las ginecólogos/as estaban enfadados. Las entrevistadas se sintieron insultadas cuando los profesionales hacían referencia a aspectos físicos con un tono despectivo.

Me dijo: hombre, como estás gorda no se ve [imagen ecográfica]”... Me habló muy mal. (E8)

En los discursos se identificaron dos tipos de relaciones de poder. En primer lugar, entre ginecólogo/a y matrn/a, siendo los/as primeros/as quienes imponían su criterio o bien no escuchaban el parecer de los/as matronas, utilizando en ocasiones un tono autoritario. Estas relaciones de poder se producían sobre todo durante el parto.

Había discordia entre ellas, la matrona decía que ya no metería más manos allí. Que para ella era una cesárea, que no estaba suficiente dilatada, y la médica dijo que sí y fue cuando ella [la ginecóloga] decidió meterme las chupas [la ventosa] y las manos y no sé qué más, y se me pusieron dos personas encima de la barriga

muy fuerte, y yo es que ya perdía conciencia de lo que estaba pasando y tuve una hemorragia. (E9)

En segundo lugar, las relaciones de poder entre profesional y paciente eran expresadas como aquellas actitudes que no favorecían la proximidad y dificultaban la comunicación abierta, para expresar sus dudas, preferencias y deseos. La jerarquización también se materializaba en el hablar mal, un tono inadecuado, faltando al respeto, omitiendo parte de la información a la mujer, así como en las dificultades expresadas por las mujeres entrevistadas para resolver dudas con el/la ginecólogo/a. Esta barrera simbólica al acceso a la información se combinó con la percepción expresada por las mujeres de que, para obtener la información, siempre la debían preguntar. Estas dificultades para acceder a la información veraz, resultaron en un sentimiento de confusión entre las entrevistadas.

Por otro lado, las participantes sentían que a menudo, sobre todo durante el parto, se imponía el criterio del/la profesional sin escuchar sus necesidades o demandas, lo que despertaba en las entrevistadas la sensación de que no se les respetaba, y que no les quedaba más remedio que “dejarse hacer” por los/as profesionales. Destaca también, que en ocasiones se imponía alguna estrategia de actuación o práctica clínica en función de las preferencias o necesidades del/la profesional, aunque esto difiriera de lo que estaba protocolizado, o reconocido como buena práctica.

Es asimilado que los que mandan, o los que dirigen, o los que llevan todo el parto, son ellos y tú te callas, y te achantas. (E6)

Mi sensación era que el ginecólogo y la matrona iban haciendo a su bola y mi pareja y yo, pues estábamos allí simples pacientes espectadores, como que nos dejábamos hacer lo que ellos encontraban que era necesario, sin opinar. (E3)

También explicaron que algunos profesionales tomaron “represalias” contra las pacientes que expresaron sus preferencias para el parto, o cuestionaron alguna técnica que se les realizó.

Una vez él, mi pareja, le dijo a la ginecóloga que no me empujara más la panza [Kristeller], ella me dijo: Pues te llevo a quirófano sola, y ya está (...). Le dijo [Marido]: “y tú te quedas aquí”. Como castigado, y él ya no pudo verle nacer. (E5)

Pero en cuanto yo lo discutí y pregunté un poco más [la estimulación con oxitocina], se acabaron las bromas y se acabó el feeling con la matrona, ¿sabes? (IIM)

Las mujeres entrevistadas reportaron falta de proximidad y empatía de los/las profesionales, falta de acompañamiento durante el parto y el postparto, así como desatender sus necesidades y demandas. Además de los protocolos estrictos que dificultaban individualizar la atención, e hicieron referencia en varias ocasiones a la sensación de que la experiencia del parto en el hospital había sido como de una fábrica, sintiéndose ellas como un número. A veces tenían la sensación de que estar de parto o solicitar la ayuda de los/las profesionales suponía un fastidio para estos/as.

La sensación era de... una fábrica mecánica, era la sensación de que hasta ahora he estado aquí de parto fatal, pero nadie ha venido a hablar conmigo durante ho-

ras, ni me han preguntado quién era o cómo me encontraba, si era el primer parto o cuál era trayectoria, ni nada, en ningún momento (...) y luego entraron todos juntos [muchas personas] para el expulsivo, y no hubo nadie que estableciera contacto directo conmigo. (E1)

Esta chica [residente de ginecología] fue muy cortante, no te dejaba hablar, era como si vete, vete, que tengo mucha gente que atender, fue... como sentirte un número más... el sentimiento es como de culpabilidad por molestar. (E9)

Refirieron que la deshumanización también era debida a que algunos profesionales se centraron en la parte física desatendiendo las necesidades emocionales del embarazo, el parto y puerperio.

Las mujeres entrevistadas también relataron actuaciones y trato poco profesional, como hablar o actuar como si la paciente no estuviera presente, no hacer las pruebas necesarias en el momento necesario, no informar adecuadamente, recibir información sesgada en beneficio del/a profesional, no hacer adecuadamente una práctica clínica. Todo ello despertaba miedo y desconfianza de las mujeres hacia los/as profesionales.

De hecho, mis pruebas de la infección (Estreptococo) que hacen para parir, la hice tan tarde y porque fui yo, porque otra madre me dijo que tenía que ir (...). No sé, cómo que no se lo tomaba muy en serio al embarazo, no empatizaba contigo ni nada. (E2)

Dijo la ginecóloga: "bueno, bueno ¡vamos a empezar! [Cesárea]. Y yo le dije: "¡eh! para que siento dolor" (...) y el anestesista le decía que esperara que me pondrían más anestesia, que yo llevaba era la dosis para un parto vaginal, y no para la cesárea (...) pero aun así me clavó el bisturí (...), yo chillé de dolor como una loca. (E8)

Y en el informe no aparece que me hicieran esta maniobra [Kristeller]. Lo de la ventosa no me había dado cuenta que tampoco no estaba escrito y la raquídea tampoco lo pone. O sea, que al final no pusieron en el informe lo que pasó... (E5)

En definitiva, de las informaciones aportadas por las mujeres participantes se desprende que el componente relacional es para ellas la parte más destacada de la atención obstétrica. Su importancia radica en la necesidad que tienen de sentirse acompañadas, respetadas, valoradas y atendidas en sus deseos e inquietudes ante una experiencia tan trascendente para ellas, tan poco previsible a menudo, y, a veces, tan desconocida (Bravo, Uribe y Contreras, 2008). Las necesidades que ellas expresan en cuanto al trato durante los procesos de parto se relacionan con la empatía, la amabilidad, la cercanía y la información veraz y completa (Ferreiro et al., 2013). Además, se ha descrito que el bienestar materno durante el parto depende, en gran medida, del cuidado recibido durante este proceso (Uribe et al., 2008).

3.2. Práctica clínica constitutiva de violencia obstétrica

Las entrevistadas expresaron que la sobreintervención se daba sobre todo en el parto, el parto y el puerperio inmediato. Como parte de estas prácticas relataban

que no se les permitió la evolución natural del proceso de parto, proponiendo inducciones sin justificación médica, queriendo adaptar los plazos a las necesidades de los/as profesionales, practicando técnicas antes de lo recomendado o rutinarias innecesarias, además de técnicas referidas por las mujeres como muy dolorosas y traumáticas, como el Kristeller, que siguen realizándose a pesar de no existir evidencia suficiente que la justifique (Rengel, 2011).

Algunas entrevistadas también expresaron que sufrieron prácticas clínicas injustificables como el ingreso obligatorio tras la rotura de membranas en un embarazo de bajo riesgo, episiotomías innecesarias o monitorización continuada en los partos de bajo riesgo y sin complicaciones, no permitirles el libre movimiento durante el parto o la elección de la posición durante el expulsivo, así como el clampaje de cordón precoz y la separación tras el nacimiento de madre hijo/a sin ser medicamente necesario, y que se administró al/la recién nacido/a lactancia artificial sin permiso de los progenitores.

A pesar de ser una práctica recomendada (WHO, 2018), también refirieron que no se les permitió estar acompañadas en todo momento por su pareja, ni se fomentó el acompañamiento del/la bebé durante las revisiones pediátricas y realización de pruebas rutinarias durante su ingreso.

En reiteradas ocasiones, estas prácticas clínicas se realizaron, a pesar de que ellas habían expresado que no lo deseaban (bien por escrito mediante plan de parto, o bien verbalmente en el momento de la realización), lo que despertó sentimientos de impotencia y rabia en las mujeres entrevistadas.

Fue sacarlo y soltarlo en la cuna, sin... no le pusieron ni lo del cordón, lo dejaron con como unas tijeras puestas y dentro de una cunita (...) y se marcharon todos. No, a mí esto me traumatizó bastante, porque yo vi que salía, que no me lo daban y que lo ponían allí solo, como que la abandonaban. (E1)

La matrona decidió ella sola, y eso que en mi plan de parto yo también lo puse, pero, aun así, se puso sobre mi barriga a empujar, y yo no quería. (E4)

Referente a las prácticas clínicas que se les realizaron sin informar previamente, refirieron la amniorrexis artificial, el tacto vaginal, la maniobra de Hamilton, la episiotomía, la prueba de pH para valorar el sufrimiento fetal, realización de parto instrumentado y exploraciones mamarias dolorosas durante la lactancia materna. Se repitió el hecho de que primero les realizaron la técnica y después, y solo porque la mujer lo solicitó, se lo explicaron. El hecho de que no les informaran, no permitió que dieran el consentimiento, y generó en la mujer un sentimiento de desconfianza hacia el/la profesional.

El bebé se quejó y me hicieron la prueba esta de pincharle la cabecita (pH). Pero no me explicaron lo que tenían que hacer, sacaron mi marido fuera, vi que la habitación se empezaba a llenar de gente, yo les decía: me estoy saturando, me estoy colapsando, ¿qué pasa? Y ellos no me decían nada. (E10)

Me hicieron episiotomía y yo lo sé, porque mi compañero lo vio y después me lo dijo. Yo lo he visto después escrito en los papeles, pero en ningún momento me avisaron "ahora te estamos haciendo episiotomía", ni antes, ni después, ¡no! (E3)

Por lo tanto, dichas prácticas clínicas además de suponer una clara sobremedicalización, vulneraban los derechos de estas mujeres al ser realizadas sin informarlas o en contra de su voluntad.

En general, también opinaron que en la sanidad privada los protocolos de actuación eran intervencionistas, y que en la sanidad pública la sobremedicalización además de estar relacionada con algunos protocolos de actuación, también lo estaba con la falta de recursos humanos y la ineficiencia de las sustituciones en periodo vacacional.

Con todo ello vemos que, a pesar de existir recomendaciones de organismos estatales como el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2008), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008), e internacionales como la WHO (2018), las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas ponen de manifiesto que se siguen practicando técnicas médicas no justificables, suponiendo una sobremedicalización de los procesos obstétricos, y realizando prácticas sin informar previamente a las pacientes o en contra de su voluntad.

3.3. Entorno en el que se recibe la atención obstétrica

Algunas de las mujeres entrevistadas apuntaron aspectos negativos del paritorio, tales como falta de intimidad por la distribución y uso de los espacios (i.e. escuchar a otras mujeres de parto, entrar y salir gente, separación únicamente con cortinas, etc.), así como el insuficiente acondicionamiento de los espacios (i.e. ser oscuros, pequeños, no acogedores, estar en malas condiciones, etc.).

Recalaron también que en la sanidad pública tuvieron que compartir las habitaciones de la planta de maternidad durante el parto y el puerperio, considerando que la necesidad de intimidad requerida en estos dos periodos no se pudo satisfacer. La falta de intimidad despertó en las mujeres entrevistadas sentimientos de vergüenza relacionada con la exposición física, e incomodidad relacionada con la necesidad de estar solas, moverse, expresarse y actuar como lo necesitaban en cada momento.

Sí, pero yo pensaba que allí no se paría, porque era como... no sé, es que se separaban por cortinas, eran salas que tú escuchabas a la mujer que paría al lado... ¡Sí, separado por cortinas! (E4)

Durante las contracciones nos pusieron en una sala que era intermedia entre dos pasillos, entonces esa sala era la que utilizaban para pasar de un pasillo a otro en vez de dar la vuelta, la utilizaban como zona de tránsito (E6)

En definitiva, las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas muestran que, tal y como se ha descrito en la literatura sobre el tema, “el parto queda condicionado por el ambiente que lo rodea, siendo este motor o freno del propio proceso, en función de lo que se acerque a proporcionar las condiciones fisiológicas que se necesitan: intimidad y seguridad” (Müller y Parra, 2015, p.147).

3.4. Violencia obstétrica por vulneración de los derechos de las pacientes

La Tabla 1 resume lo expresado por las entrevistadas en referencia a sus derechos como pacientes. Se incluye el derecho a la autonomía, a la información, a la inti-

midad. En cuanto a la intimidad, no solo la relacionamos con el secreto profesional, la documentación, la historia clínica, etc., sino también como derecho de la mujer a tener intimidad durante el parto (i.e. presencia sólo de los profesionales necesarios), durante el seguimiento del embarazo (i.e. mantener puertas cerradas), etc.

Pero yo estaba pariendo, era mi primer parto y todo el mundo allí mirándome y mirando mi intimidad, ¡porque es mi intimidad! vale que al final pierdes la vergüenza de que te miren la vagina, pero no si están la ginecóloga, y la residente, más las 4 personas apoyadas en la pared, y también el que me apretaba la barriga, y mucha más gente que no sé ni quiénes eran... (E12)

Por otro lado, cabe destacar que, en relación a los conocimientos previos que tenían las mujeres entrevistadas sobre sus derechos como pacientes, más de la mitad de las entrevistadas refirieron ser conocedoras de los derechos del paciente. A pesar de ello algunas desconocían los derechos de intimidad e información. En general, también conocían el derecho de autonomía, pero en ocasiones no sabían cómo ponerlo en práctica.

Las principales fuentes de información sobre los derechos de las pacientes fueron: las matronas de AP en consulta y en las clases pre-parto (lo más habitual), internet, familiares, consentimientos informados, visitas informativas al hospital y artículos científicos.

Referente al plan de parto, muchas de las entrevistadas tenían plan de parto, ya que algunas de las matronas de AP les habían informado, información que ellas mismas completaron. Otras conocían el plan de parto por otros medios (i.e. internet). También refirieron que en la sanidad privada no se fomentó el conocimiento de sus derechos como mujeres y pacientes.

En relación con estas cuestiones, cabe recordar que los derechos de las mujeres están reconocidos a nivel internacional (WHO, 1985; WHO, 2014) y legislados en nuestro país mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se recogen los derechos de autonomía e información. La Ley establece en el artículo 2 que *“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento (...)”*

Al analizar los relatos de las mujeres participantes sobre sus experiencias de VO se hace evidente que se ha vulnerado el derecho de autonomía, al realizar técnicas no informadas, lo que no les permitía dar su consentimiento, o directamente en contra de su voluntad a pesar de que lo expresase verbalmente en ese instante, o con anterioridad por escrito mediante el plan de parto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011).

Al referirse a que cuando perciben la jerarquización profesional/paciente se sienten cohibidas y no piden la información que les gustaría recibir o que, a pesar de preguntar, los profesionales les niegan cierta información, reflejan no sólo del incumplimiento de la Ley 41/2002 si no también la jerarquización profesional/ paciente que

el/la profesional puede asumir desde su formación y durante su carrera profesional y la mujer interiorizar durante su proceso reproductivo.

Además, en repetidas ocasiones refieren que, en caso de negarse o cuestionar determinadas actuaciones de los profesionales, éstos adoptan una actitud más hostil o incluso en ocasiones de castigo hacia ellas o sus acompañantes, hecho reconocido por los/as profesionales en un estudio publicado sobre la opinión de las matronas y el parto humanizado (Llobera, 2018).

Por otro lado, uno de los objetivos que presenta la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es favorecer el clima de confianza, seguridad e intimidad en el parto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011b), los que según muchas de las entrevistadas no se aseguraron.

A pesar de que la Ley 44/2003 especifica en el artículo 5 e) que “*Los profesionales... facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, función, titulación y especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden*” las entrevistas reflejan que no fue así.

Tabla 1. Violencia obstétrica por quebrantamiento de los derechos de las pacientes.

Autonomía	Información	Intimidad
<p>El modo de trabajo de los/las profesionales implicó que, para poder ejercer su autonomía, la paciente debía enfrentarse a la decisión que había tomado el/la profesional sin darle explicaciones, ni pedir permiso.</p> <p>La actitud y el trato del/la profesional cambió cuando las pacientes y sus deseos discreparon con lo que ellos/as consideraban que se debía hacer.</p> <p>No se respetó el derecho de autonomía, a pesar de que la mujer lo pidiera in situ (verbal) o lo llevara escrito en su plan de parto.</p> <p>No informar de la técnica que se iba a realizar, implicó que la mujer no pudiera dar su consentimiento.</p> <p>La falta de recursos materiales y humanos no permitieron, en ocasiones, seguir los deseos reflejados en el plan de parto.</p>	<p>No se informó sobre la realización y/o consecuencias de determinadas prácticas clínicas (M. Kristeller, M. Hamilton, tacto vaginal, amniorrexis artificial, pH, parto instrumentado, episiotomía, etc.).</p> <p>En otras ocasiones se informó una vez realizada la técnica, y en muchos casos, solo porque la mujer lo solicitó.</p> <p>Se negó dar una información completa y veraz (aludiendo que no se le daba por el bien de la paciente).</p> <p>No se informó suficientemente a la mujer sobre su estado de salud o la evolución de su proceso obstétrico.</p> <p>Percepción de falta de información sobre las diferentes opciones/ alternativas.</p> <p>Información incompleta en el informe sobre las prácticas realizadas durante el parto.</p> <p>No informar al/la acompañante (aún que la mujer lo deseara) si no estaba este/a presente debido a alguna complicación.</p>	<p>La experiencia de poca intimidad más reportada fue la entrada de mucha gente parto (6-10 profesionales) en el momento del expulsivo o en algún momento del parto. Refirieron que había demasiada gente en el paritorio, que no sabían quiénes eran, ni qué hacían; varias personas sólo observaban.</p> <p>Muy recurrente: Parto distócico y pH, entrada de muchos profesionales, que las mujeres entrevistadas percibieron que no eran necesarios. Estos profesionales no se identificaron.</p> <p>En ocasiones durante la dilatación, estaban en un espacio de paso, o en una habitación compartida, en vez de un espacio privado e íntimo.</p> <p>En ocasiones los/las profesionales dejaron la puerta abierta durante el parto.</p> <p>Determinados espacios físicos, separados por cortinas en los que se paría, no favorecían la intimidad.</p>

3.5. Agencia y empoderamiento tras el sufrimiento de violencia obstétrica

La mayoría de mujeres relataban un proceso posterior a la experiencia de VO vivida, en el que tomaron conciencia de sus derechos y adoptaron una actitud reivindicativa a raíz de la experiencia negativa vivida y de compartir posteriormente la vivencia con otras mujeres. Cabe decir que las mujeres no utilizaron el término VO para referirse a la experiencia vivida, pero identificaron elementos clave del fenómeno. Este proceso se manifiesta al reportar tener más claro cómo quieren ser atendidas en futuros procesos obstétricos; enfrentarse a los profesionales debido al trato deshumanizado que ofrecieron o cuestionar las prácticas no deseadas y la sobremedicalización durante el embarazo, el parto o el postparto; y buscar información (en internet o preguntando una segunda opinión a otro profesional). En este sentido, las mujeres muestran tener capacidad de *agencia*, entendida esta como “la habilidad de formular elecciones estratégicas, y controlar recursos y decisiones que afectan resultados importantes de la vida” (Malhotra, 2003, p.3).

Yo siempre le digo a mi marido, que ahora lo volvería pasar, pero volvería pasar por ello, para no dejarme vencer, ¿sabes? Porque lucharía más por lo que quiero, exigiría más, ¡Lo lucharía más, o diría no! (E7)

A las 2 o 3 horas de estar en paritorio, entró una matrona que me dijo “ahora te romperé la bolsa”. Así me lo dijo, no me pidió si me la podía romper... ni por qué me rompía la bolsa, ni me explicó nada... ¡y yo le dije que no! Que, sin explicarme, no me tenía que romper la bolsa, que yo acababa de llegar hacia dos horas... (E11)

La agencia es uno de los componentes del empoderamiento, que incluye no sólo la capacidad de decidir de acuerdo a unos valores, sino también “transformar esas decisiones en acciones y resultados deseados” (Alsop et al., 2006, p. 10). Así, las personas pueden tener capacidad para tomar decisiones (agencia), pero no tener capacidad para hacerlas efectivas debido a la estructura de oportunidades. El otro componente del concepto se focaliza en el contexto institucional, el cual limita o facilita que las personas puedan ejercer la agencia de manera efectiva (Alsop et al., 2006).

Los relatos de las mujeres entrevistadas indican que, pese a tener capacidad de tomar decisiones, en muchas ocasiones no son capaces de transformarlas en acciones debido a las limitaciones que impone el contexto institucional, en este caso, las instituciones y los/as profesionales sanitarios. Conscientes de estas restricciones, algunas mujeres tomaron decisiones para intentar modificarlo: algunas mujeres decidieron cambiar, para futuros procesos obstétricos, la titularidad de la asistencia o cambiar de centro asistencial.

Siempre digo que el segundo parto será muy diferente que en el primero, porque llevaré desde el minuto 1 el plan de parto hecho, y bueno tengo muy claro que seguramente no iré a la privada, que voy a cambiar de profesionales y que quiero otro tipo de parto, quiero que me traten de otra manera. (E3)

Por tanto, podemos afirmar que las mujeres entrevistadas muestran tener capacidad de agencia al tomar decisiones sobre su proceso obstétrico y al utilizar los recur-

sos que tienen a su alcance (i.e. cambio de titularidad del centro, redactar el plan de parto, etc.) para modificar el contexto institucional y que éste sea más proclive a respetar sus decisiones. No obstante, desde nuestro punto de vista no siempre podemos hablar de empoderamiento en todos los casos, debido a que, en muchas ocasiones, no tienen capacidad para hacer efectivas sus decisiones.

4. Conclusiones

Este estudio pretende dar voz a las mujeres sobre un problema que aun ha sido poco investigado, como es conocer la percepción y opinión de las mujeres que han sufrido violencia en los servicios obstétricos.

El embarazo, parto y puerperio son procesos muy significativos en la vida de las mujeres, y las experiencias de VO dejan una importante huella en el recuerdo y la vida de las que la han sufrido. De hecho, las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto están en condiciones de vulnerabilidad, pero no por su embarazo, o parto en sí mismos, sino porque el entorno sanitario puede restarles poder de decisión (Camacaro, 2013; Tinoco, 2013).

Las mujeres son capaces de recordar, incluso detalladamente, aspectos de la atención recibida e identificar los sentimientos estos suscitaron en aquel instante, y siguen recordando estos detalles con el paso del tiempo. Por ello, el estudio realizado y, en particular las entrevistas, nos han permitido conocer a fondo sus experiencias y poder estudiar las vivencias de VO desde su perspectiva.

La dimensión referente al trato recibido, fue la más destacada en todas las entrevistas, en general expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO sufrida y fuente de sentimientos negativos que influyeron directamente en la experiencia del embarazo, el parto y puerperio. Destacaron que las relaciones de poder entre profesional y paciente no favorecían la proximidad, dificultaban la comunicación abierta, y en muchas ocasiones se imponía el criterio del/la profesional sin escuchar sus necesidades o demandas.

En relación a la práctica clínica, relataron muchas actuaciones que suponen una clara sobremedicalización injustificada de los procesos fisiológicos, a pesar de existir claras recomendaciones de organismos estatales e internacionales. Cabe destacar que a menudo estas técnicas eran realizadas, sin informar a la paciente, y por tanto sin su consentimiento, vulnerando claramente los derechos de autonomía e información.

El entorno en el que son atendidas las mujeres influye claramente en el desarrollo filológico, y en la vivencia de sus procesos de parto y puerperio. Las mujeres entrevistadas expresaron la importancia de la intimidad que los espacios del paritorio o habitaciones compartidas en planta de maternidad.

La toma de conciencia de los derechos y la actitud reivindicativa nació a raíz de la VO, a pesar de que ellas no utilizaban este término. Las mujeres entrevistadas muestran tener capacidad de agencia, pero no siempre tienen capacidad de empoderamiento para hacer efectivas sus decisiones debido al contexto institucional.

En definitiva, la VO en todas sus dimensiones afecta negativamente a las experiencias y las emociones relacionadas con los procesos de salud reproductiva (embarazo, parto y puerperio). De hecho, en el embarazo, que la atención no sea personalizada, cercana y de calidad, despierta en la mujer sentimientos de inseguridad y

preocupación. Y en el parto los sentimientos referidos por las mujeres entrevistadas son: inseguridad, angustia, impotencia, vergüenza, incomodidad, miedo, tristeza, frustración, vulnerabilidad y soledad. Siendo estos mitigables con una atención respetuosa y humanizada (Vieira et al., 2016). En el postparto inmediato debido a lo vivido y al trato recibido aparecen la tristeza, la frustración y la culpabilidad y después de un tiempo, los sentimientos que les invaden son el miedo a volver a sufrir VO y la rabia por todo lo acontecido. La rabia en las mujeres es un sentimiento que suele aparecer al haberse sentido mal cuidadas o atendidas (Mozingo et al., 2002) y que es, en muchos casos, el motor del empoderamiento.

En todos los casos estudiados la VO se dio en uno o en varios momentos concretos del embarazo, parto o puerperio, pero al ser atendidas por diferentes profesionales no se dio de manera continuada durante todo el proceso, por lo que las mujeres entrevistadas también relataban como se habían sentido cuando la atención obstétrica había sido la adecuada. Sin embargo, en muchas ocasiones al relatar los aspectos positivos de la atención recibida, expresaban “haber tenido suerte” en vez de entenderlo como la práctica habitual recomendada.

Por último, cabe recordar, la importancia de informar, formar y ejercer presión social para que las mujeres sean protagonistas de sus procesos reproductivos y tomen decisiones sobre su salud, para que los protocolos sanitarios no resulten tan invasivos, y para que los partos se traten con respeto y se humanicen, y todo ello desde la consideración de que el derecho a decidir es un derecho sexual, y de que los partos empoderados, conscientes, respetados e informados constituyen una reivindicación feminista (García, 2017).

Este estudio contribuye a entender el impacto que la VO tiene en las vidas de las mujeres que a han sufrido, para sensibilizar a la población, especialmente a las mujeres, y los/las profesionales que las atienden con el fin de erradicarla.

Aspectos éticos y legales

Las autoras declaran no incurrir en ningún conflicto de interés con los objetivos del estudio.

Referencias bibliográficas

- Alsop, Ruth, Bertelsen, Mette, y Holland, Jeremy (2006). *Empowerment in Practice. From analysis to implementation*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-6450-5
- Arguedas, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
- Bravo, Paulina, Uribe, Claudia, y Contreras, Aixa (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. doi:10.4067/S0717-75262008000300007
- Camacaro, Marbella (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18(40), 185-192.

- Federación de Asociación de Matronas de España (2008). *Iniciativa parto normal, documento de consenso*. Madrid: Autor.
- Fernández, Ana María (2006). *Poder y autonomía: Violencias y discriminaciones de género*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
- Ferreiro M. Teresa, Díaz, E., Martínez, M. Dolores, Rial, Antonio, Varela, Jesús, y Clavería, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista Calidad Asistencial*, 28(5), 291-299. doi:10.1016/j.cali.2013.02.001
- García, Eva M. (2017). Hacia los partos empoderados. Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 87-106. doi: 10.6035/Dossiers.2017.22.6 doi:10.6035/Dossiers.2017.22.6
- Gervás, Juan y Pérez-Fernández, Mercedes (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Barcelona: Los libros del lince.
- Gherardi, Natalia (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas. Serie Asuntos de Género, 141, 17-26.
- Goberna, Josefina (2017). La disconformidad hacia las diferentes formas de violencia y opresión contra las mujeres. *Musas*, 2(2), 1-2.
- Lawson, Jennifer (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22, 572-590. doi:10.1080/10911359.2011.598748
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15-11-2002.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art 5. BOE 280, 22-11-2003.
- Ley Orgánica 38668 de 23 de diciembre de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Asamblea nacional de la república bolivariana de Venezuela.
- Llei 5/2003, de 4 abril, de Salut de les Illes Balears. BOIB 55. Capitol III. Art.7.
- Llobera, Rosa (2018). Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Profesión*, 19(1), 12-20.
- Llobera, Rosa, Alfaro, Carmen, y Herrero, Carmen (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. *Medicina Balear*, 31(2), 37-44. doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37
- Magnone, Natalia (2011). *Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto*. Montevideo, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Malhotra, Anju (2003). Conceptualizing and measuring women's empowerment as a variable in international development. Paper presented at the Workshop on "Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives". Washington, DC: World Bank.
- Medina, Graciela (2009). Violencia Obstétrica. *Revista de derecho de familia y de las personas*. 04. Recuperado de <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011a). *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal*. Madrid: Autor.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011b). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Madrid: Autor.
- Mozingo, Johnie N., Davis, Mitzi, Thomas, Sandra P. y Droppleman, Patricia G. (2002). "I Felt Violated": Women's Experience of Childbirth-Associated Anger. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(6), 342-34.
- Müller, Angela Elisabeth y Parra, Marta (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, 18, 147-155.
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. A/R/48/104). Nueva York: Autor. Recuperado de: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?OpenDocument)
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York, NJ: Autor, 2006. Recuperado de: <http://www.ceipaz.org/images/contenido/Estudio%20a%20fondo%20sobre%20todas%20las%20formas%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf>.
- Proposició no de llei de 23 de febrero de 2018, de Humanització del part i bones pràctiques obstètriques. BOIB 131.
- Rengel, Cristóbal (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesión*, 12(3), 82-9.
- Rocha Pereira, W. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 391-400.
- Ruiz-Cantero, M. Teresa (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (2008). *Documento de consenso: asistencia al parto*. Madrid: Autor.
- Tinoco, M. Teresa (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. *Revista CONAMED*, 18(4), 157-164.
- Uribe, Claudia, Contreras, Aixa, Villarroel, Luis, Rivera, Soledad, Bravo, Paulina, y Cornejo, Mariela (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición; *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 4-10. doi:10.4067/S0717-75262008000100002
- Valls, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Vieira, Raissa L., Tavares, Kerle D., Chaves, Layza de S., Da Silva, Viña del M., Cunha, Alisson C., y Melo, Rafaela (2016) Obstetrical violence under the look of users. *Journal of nursing UFPE*, 10(12), 74-80. doi:10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606
- World Health Organization (WHO) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 24(2), 436-437.
- World Health Organization (WHO) (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- World Health Organization (WHO) (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

DISCUSSIÓ

L'objectiu general d'aquesta tesi ha estat realitzar, per primer cop, una anàlisi exhaustiva de l'atenció obstètrica oferida a les Illes Balears, tenint en compte les dades sobre determinades pràctiques clíniques i el punt de vista dels/les professionals i de les dones ateses.

Per tal d'assolir aquest objectiu general, es van definir objectius específics, anteriorment esmentats. Així, en primer lloc calia saber quines eren les taxes de determinades pràctiques clíniques en els centres hospitalaris, així com l'adequació dels protocols usats per a aquestes.

La manca de dades dificultava conèixer determinats aspectes sobre l'atenció obstètrica pel que el plantejament del primer objectiu era establir el grau de compliment de les recomanacions sobre la pràctica clínica que planteja l'Estratègia d'atenció al part normal (Ministeri de Sanitat 2007), als centres hospitalaris públics de les Illes Balears, per tal de valorar en quin grau els processos assistencials són d'acord a l'estàndard d'una atenció respectuosa. Així doncs, es realitzà l'estudi sobre l'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears i adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut.

En general, les dades publicades sobre l'atenció obstètrica són escasses. Concretament a Espanya, des de la publicació de l'Estratègia, les dades oficials més recents de les que es disposa sobre els indicadors que aquesta recull, foren oferides per l'Observatori de salut de les dones i el Ministeri de Sanitat (2012) mitjançant l'Informe sobre l'atenció al part i naixement en el que s'analitza l'abordatge de pràctiques clíniques basades en el millor coneixement disponible referents a rasurat del perineu, ènema, acompanyament durant el procés, període de dilatació, maneig del dolor durant el part, posició materna durant el període expulsiu, episiotomia, deslliurament, parts instrumentals, cesàries, contacte precoç mare-nouat/a, atenció postnatal immediata i lactància.

En aquest, es valorava l'aplicació dels protocols a les recomanacions publicades, i quantificava la taxa de les pràctiques clíniques mesurables numèricament (com les cesàries, parts instrumentats, episiotomies, etc.). Així com la valoració de l'adequació

dels protocols que, segons l'informe, tan sols un 15,5% inclouïen totes les recomanacions de l'atenció al part normal.

Posteriorment, el Ministeri de Sanitat (2013) publicava el darrer informe oficial de recull de dades sobre les taxes de cesàries comparant entre comunitats autònomes i entre països de la OCDE. En ell s'explica, referint-se a l'evolució de la taxa de cesàries a Espanya (2001-2011), "que és clarament ascendent, (...) però en 2008 mostra un discret descens, per la qual cosa podríem estar assistint a un canvi de tendència després del desenvolupament de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. "(p.1). Afegeix que l'evolució de la taxa de cesàries també "és ascendent en la majoria dels països de la OCDE."(p.3)

Des d'aleshores i com a últimes dades oficials públiques a nivell de l'Estat disposem de l'informe del CMBD que ofereix la taxa de cesàries a Espanya en el 2016, que fou del 21,61%. Referint que:

La taxa de cesària s'ha identificat com un indicador de bona pràctica relacionant una baixa taxa amb un bon control de l'embaràs i amb una correcta assistència al part. En general, es considera que els problemes clínics que deriven en la indicació d'una cesària es distribueixen d'una forma homogènia en el conjunt de la xarxa hospitalària, de manera que la taxa de cesàries pot vincular-se de fet més a estils de pràctica clínica que a comorbiditats o complicacions de les pacients.

Però malauradament, no es publicaren més dades oficials sobre el conjunt d'indicadors esmentats.

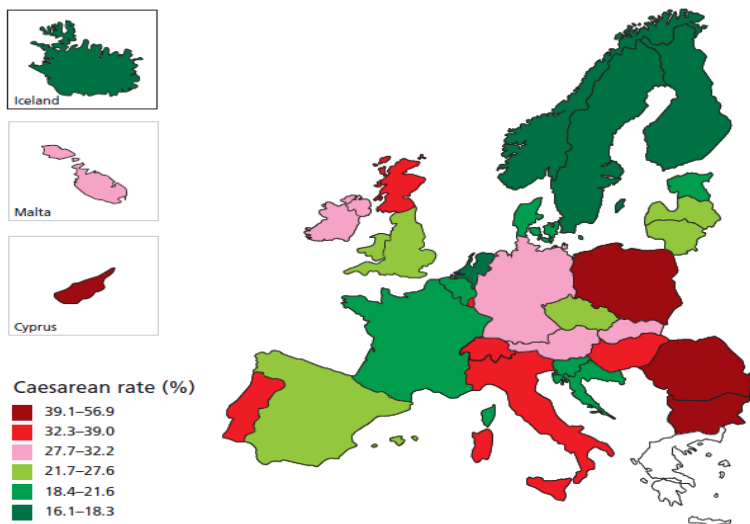
Per altra banda, l'informe de l'European Perinatal Health Report (2105), ofereix estadístiques sobre la salut de mare i nadó en l'embaràs, part i postpart, i ens permet valorar la taxa de cesàries en relació a altres països europeus. Ofereix les dades següents:

El model de part presenta àmplies diferències arreu d'Europa, les taxes més baixes de cesàries (16-17%) les trobem majoritàriament als països nòrdics i als Països Baixos. Pel contrari les majors taxes de cesària (40%) es troben a Xipre, Romania,

Bulgària, Polònia i Hongria. A Itàlia i Suïssa les taxes de cesària son també superiors a la mitjana europea (35%). (p.72).

Espanya, en aquest estudi, es classifica entre els països en què la taxa de cesàries està entre 21 i 27% aproximadament.

Figure C10.3 Caesareans as a percentage of all births in 2015



L'ús de parts instrumentats també varia molt i no està relacionat amb l'ús de cesàries. A més en la majoria de països, els parts amb presentació de natges, són cesàries, mentre que en alguns països ja consideren l'opció de realitzar un part vaginal en aquest casos.

L'informe conclou que les diferències entre l'atenció obstètrica van lligades a les diferències sobre l'afrontament i les mesures que han pres els països per limitar les intervencions mèdiques obstètriques. I aquestes tenen un impacte en la salut de les dones i criatures, a curt i llarg termini.

Cal esmentar també que estudis concrets realitzats a Espanya (Ballesteros, Carrillo, Maseguer, Canteras, i Martínez, 2015; Recio, 2015; Salgado, Maceira, López, i Atienza, 2010) aporten dades sobre la pràctica clínica o l'adequació als indicadors de la Estratègia d'atenció la part normals, en determinades comunitats autònomes o centres hospitalaris concrets.

També podem trobar iniciatives privades com *El Parto en cifras* de l'Associació *El Parto es Nuestro*, que intenten treballar per oferir la informació reunint dades disponibles per diferents mitjans, i publicant-les. En aquest cas hi trobem dades fins al 2104.

En definitiva, veiem que a pesar que fins i tot la OMS (2014) refereix la “necessitat de generar dades relacionades amb les pràctiques clíniques de l'atenció respectuosa i irrespectuosa en l'atenció obstètrica” (p.3), no s'està realitzant un adequat seguiment d'aquestes.

I és que, sense perdre de vista que als avenços científics/mèdics han aconseguit disminuir la morbimortalitat materna i neonatal, realitzant un seguiment i intervenció més adequat de les situacions patològiques i/o de risc de l'embaràs, part i puerperi, hem de recordar que aquests han produït també la sobremedicalització dels processos fisiològics, i que aquest fet necessiten ser avaluats per poder plantejar quines estratègies cal seguir per a millorar les xifres exposades, i aconseguir l'equilibri.

A Balears el Servei de Salut disposa de les dades del CMBD referents als parts atesos en centres públics, però sovint manquen les dades dels centres privats a pesar que l'obligatorietat de la presentar-les està regulada. Per altre banda, l'existència del Programa de cribratge poblacional de metabolopaties, suposa que el Servei de Salut tingui accés i pugui recopilar les taxes referents als tipus de part dels centres privats, però tot i així, les dades no es publiquen periòdicament.

Per tant, la escassetat de dades publicades en general, i concretament a Balears, no permetia conèixer en quin punt es trobava l'atenció obstètrica a la Comunitat i anul·lava la possibilitat de comparar dades entre centres, però sobretot de veure l'evolució d'aquesta en els anys. Fet pel qual era precís realitzar una recollida de dades per a dibuixar l'escenari de l'atenció obstètrica, per posteriorment poder saber que n'opinen els actors implicats (professionals sanitaris, i dones ateses).

Com veiem a l'article L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut, les dades s'analitzaren funció de les Recomanacions del Ministeri de Sanitat, entenent que, com refereix el document, complint els criteris de l'Estratègia,

s'afavoreix a assegurar que l'atenció a més de segura i basada en l'evidència, sigui també personalitzada, propera. L'estudi resolvia, almenys temporalment, el problema de la escassetat de dades publicades sobre l'atenció obstètrica a la Illes, i permetia quantificar determinats aspectes de l'atenció obstètrica com ara les taxes de cesàries, parts instrumentats, episiotomies i el maneig del dolor durant el part (epidurals). Així com la realització de determinades pràctiques clíniques, com el rasurat del perineu, l'ús de l'ènema, o el maneig de l'acompanyament durant el procés, el període de dilatació, del dolor durant el part, a la posició materna durant l'expulsiu, al contacte precoç mare-nounat/da i a l'atenció postnatal immediata.

L'estudi per un costat demostrà que en la comunitat autònoma la taxa de cesària, parts instrumentats, pràctica d'episiotomies o ús d'epidural, presentaven diferències importants entre el centres públics estudiats, així com que en general existia marge de millora. I pel que fa a l'adequació dels protocols, també es detectaven mancances referents als continguts i actualització d'alguns d'ells.

Però el que és més important, l'estudi va permetre posar el focus sobre l'atenció obstètrica, fet que és imprescindible per a avaluar la situació i emprendre estratègies de millora.

Entre les estratègies hi trobem l'actualització i elaboració de nous protocols d'actuació i, en aquest sentit cal dir que en els últims anys a Balears s'han produït importants canvis i que avui dia, en la majoria d'hospitals tenen protocols d'atenció al part normal actualitzats. Inclús en molts d'ells s'han portat a terme noves iniciatives per a permetre una atenció de qualitat, basada en recomanacions actualitzades, més humanitzada i adaptada a les necessitats de les dones, com per exemple el protocol d'alta precoç en el postpart, el protocol del maneig expectant de la RPM domiciliària, incorporació d'alternatives d'alleujament del dolor, o iniciatives que han permès que en el 2018 l'hospital de Manacor hagi presentat una taxa de cesàries de les més baixes del país. Així com d'altres que permeten que, quant el processos no són fisiològic, siguin també atesos de manera humanitzada i respectuosa, com per exemple els protocols per a la cesària amb acompanyant, el de contacte pell amb pell (mare-nounat/ada) a la cesària, entre d'altres.

A més, la publicació de l'article, i la presentació de dades sobre l'atenció obstètrica, van afavorir que el febrer de 2018 al Parlament de les Illes Balears s'aprovés per unanimitat una Proposició no de Llei (PNL) relativa a la humanització del part i bones pràctiques obstètriques, en la que les propostes d'actuació es basaven en les dades recollides. En ella s'instava a impulsar l'estratègia en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal, unificant, cohesionant i actualitzant els criteris i protocols existents per tal de garantir els drets de les dones gestants i els de les seves criatures; així com a identificar les bones pràctiques i a exportar-les al conjunt dels hospitals públics de les Illes Balears, per tal d'evitar l'excés d'instrumentalització del part normal i oferir una atenció més humanitzada; a continuar la formació de professionals per actualitzar coneixement i habilitats pràctiques, com element clau per a la modificació de rutines apreses i millorar la qualitat de l'atenció, basant-la en l'evidència científica; i per últim a estudiar l'experiència i la viabilitat de projectes com les cases de naixement. (Annex 4)

Per altra banda, el segon estudi es realitzà per poder cobrir l'objectiu específic de conèixer l'opinió dels/les professionals sobre l'atenció obstètrica en referència al tracte ofert, adequació de la pràctica clínica, i respecte als drets d'autonomia, informació i intimitat, pel que s'estudià l'opinió de les comares que treballaven en el sistema sanitari públic de les Illes Balears.

En l'article *Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas*, es recull l'opinió dels i les professionals, i és destacable que sols prop de la meitat de les professionals referia un grau d'acord important en què l'embaràs, el part i el puerperi normals eren atesos com a processos fisiològics, del que se'n deduïa certa crítica a la sobremedicalització encara present dels processos fisiològics.

La majoria de les comares considerava que es realitzen més proves mèdiques (analítiques, ecografies, etc.) de les necessàries, del que es dedueix de nou, una sobreintervenció en els processos obstètrics.

A més, cal dir que l'estudi recull, en consonància amb altres estudis publicats, que es considera que l'elevada càrrega assistencial dificulta poder oferir una atenció personalitzada i de qualitat, sabent que l'atenció individualitzada suposa una clara

reducció de la taxa d'intervencions mèdiques i augmenta la qualitat assistencial (Page, McCourt, Beake, Vail, i Hewison, 1999).

Així com majoritàriament, les comares participants en l'estudi afirmaven haver atès dones durant la seva pràctica clínica, que havien patit una atenció sobremedicalitzada, deshumanitzada i/o irrespectuosa durant el seu embaràs, part o puerperi. Per tant les comares reconeixien VO en la pràctica clínica a Balears a pesar de no haver utilitzat el terme en concret, però sí la seva definició.

Es cert que l'ús i reconeixement del terme VO pot encara causar rebuig per part de alguns/es professionals però com explica Goberna (2018), no es pot obviar la necessitat de reflexió i autocrítica sobre la situació i l'evolució de les tècniques biomèdiques, així com i sobre tot al respecte a la dignitat, privacitat, autonomia i expectatives de les dones.

En aquest aspecte comprovem que en altres estudis (Faneite, 2012; Gray, Mohan, Lindow, i Farrell, 2019) també es recull com els/les professionals de l'atenció obstètrica identifiquen comportaments irrespectuosos i inadequats, essent conscients de la VO que es produeix.

Quan els professionals opinen sobre les causes que suposen una atenció obstètrica deshumanitzada, veiem que l'estudi coincideix amb altres que recullen les possibles debilitats del sistema sanitari com a fonts d'aquest problema. (Burrowes, Holcombe, Jara, Carter, i Smith, 2017; Kareny et al, 2015)

És cert que s'han definit (IFMSA, 2017; Olza, 2014) altres causes que afavoreixen que l'atenció no sigui respectuosa, com ara la manca de sensibilització, i formació dels professionals, pel que es requereix el compromís d'aquests per poder avançar en la seva erradicació, així com no tenir una legislació específica referent a VO, que pugui fer extensiu el coneixement i reconeixement d'aquesta. (Faneite et al, 2012)

Així doncs, l'estudi ens permet conèixer l'opinió de les comares de Balears, agents imprescindibles en la anàlisi de l'atenció obstètrica essent la seva opinió essencial per ajudar a conèixer l'atenció oferida a les Balears.

També cal assenyalar, que alguns estudis publicats (Schwarz, 2009; Oliveira i Penna, 2017) tenen en compte alhora les opinions/percepcions de les dones ateses i dels/les professionals, com es fa a continuació al confrontar els resultats del segon i el tercer article.

En aquest cas, és interessant observar com certs aspectes amb els que són crítics els/les professionals, en el segon estudi realitzat, es reflecteixen també en el tercer estudi publicat, titulat *Violència Obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido*, que recull l'opinió de dones que han patit VO.

Algun exemples d'aquesta coincidència són la vulneració dels drets a la intimitat, informació i autonomia, així com el tracte paternalista, i l'ús d'apel·latius en comptes de nom de la dona. També es troben coincidències en reconèixer la importància que el tracte ofert sigui individualitzat, de proximitat i respectuós amb els sentiments de les dones, i ambdós estudis reflecteixen que no sempre és així. Pel que fa a l'adequació de la pràctica clínica, parcialment es reconeix que en ocasions es poden dur a terme tècniques innecessàries i/o inadequades, i les dones entrevistades que ho han patit expressen la importància que aquestes comporten en les seves vides.

Cal recordar que aquest tercer estudi es realitzà per tal d'explorar en profunditat les percepcions i opinions de les dones que han patit VO respecte a l'atenció rebuda durant el procés d'embaràs, part i puerperi, posant especial esment en les dimensions pròpies que defineixen la VO.

En general, resultats d'aquest estudi sobre l'opinió de les dones coincideixen amb altres publicacions, en termes generals amb la importància i transcendència de rebre una atenció obstétrica de qualitat (Ferreiro et al, 2013), entenent aquesta com a personalitzada, empàtica, propera i respectuosa. Una atenció en la que s'ofereixi informació sobre el procés. Es menciona el rebuig cap a l'actitud directiva dels/les professionals cap a les dones, com a aspecte a millorar.

De fet, la importància que donen les dones entrevistades al tracte rebut, evidencia la necessitat del "bon tracte" (Uribe et al, 2008), quant l'element relacional entre dones i professionals, es la peça clau en l'atenció als processos reproductius (Bravo et al, 2008).

Un altre resultat rellevant és que, tot i no anomenar-la VO, les dones expliquen les seves experiències sobre una atenció obstètrica, sobremedicalitzada, poc personalitzada i vulneradora dels seus drets, i com aquestes les violentaren. Per tant, el desconeixement del terme impedeix que agrupin totes aquestes experiències sota un mateix concepte, però com expliquen Terán et al. (2013) no el fet que puguin identificar els actes que la conformen.

A l'estudi també es fa referència a així com (Nuñez, 2017) la normalització d'aquesta violència, i la necessitat de donar visibilitat al problema, per tal que més dones ho puguin detectar. Com recullen alguns treballs (Da Silva et al, 2016; Pereira et al, 2015), el desconeixement dels propis drets, i de com denunciar els abusos durant l'atenció obstètrica, dificulten l'avenç cap a la seva erradicació.

Recentment, s'han publicat estudis sobre l'opinió de les dones amb metodologia quantitativa i qualitativa, Savage i Castro (2017) que recomanen l'ús de dissenys de mètodes mixtes (quantitatius i qualitatiu) per avaluar el maltractament en l'atenció obstètrica.

Els darrers estudis quantitativs (Iglesias, Conde, González i Parada, 2019; Rodríguez i Aguilera, 2017) recullen dades sobre accions suggestives de VO a Espanya, però malauradament no es tracta de qüestionaris validats.

A més, durant la realització d'aquest treball, també s'han publicat estudis qualitativs sobre VO (Da Silva i Santana, 2017; Oliveira et al, 2017), recollint la perspectiva de les dones en altres països. Però degut a la variabilitat de l'atenció obstètrica que ja hem comentat, era precís conèixer en profunditat la percepció de les dones ateses en el nostre entorn que havien patit VO.

I aquesta seria la passa prèvia per poder elaborar un qüestionari i validar-lo, ja que abans de quantificar cal conèixer en profunditat el problema sobre el que es vol preguntar, pel que per començar es considera preferible la metodologia qualitativa.

Així, aquest tercer estudi ha permès donar veu a les dones que han patit VO, conèixer en profunditat la seva perspectiva sobre com afecta l'atenció obstètrica no respectuosa, o

deshumanitzada, i concretament com la VO és viscuda en cada cas. Establir les dimensions i veure quines destaquen en els seus relats ajuda a conèixer les implicacions de la pràctica clínica i l'acompanyament durant els processos reproductius.

Coincidint amb els estudis esmentats en els que s'identifiquen casos de VO reportats per les dones, en l'estudi es fa palesa la importància de considerar la VO com a una violència basada en el gènere, i d'escoltar i tenir en compte la veu de les dones, eix central de l'atenció obstètrica.

I entendre la VO com violència basada en el gènere, suposa entendre-la coma a un problema públic. Bosch i Ferrer (2000) expliquen la importància de deixar de veure la violència basada en el gènere com a un problema privat, que s'explica des de les circumstàncies individuals, i entendre-ho com a problema social en el que aquesta violència té el seu origen en la desigualtat de les relacions socials.

Per tot l'exposat, no podem oblidar que les protagonistes dels seus processos reproductius són les dones, que el dret a decidir sobre el seus propis cossos és fonamental, i que com diu García (2017) els embarassos i parts empoderats, conscients, respectats i informats constitueixen una reivindicació feminista.

En definitiva aquest estudi contribueix a entendre l'impacte que la VO té en les vides de les dones que l'han patit, per tal de sensibilitzar a la població, especialment a les dones, i els / les professionals que les atenen i erradicar-la.

CONCLUSIONS

Les principals conclusions que es poden extreure dels treballs d'investigació realitzats que conformen aquesta tesi doctoral són les següents:

1. Referent a la **recapitulació i anàlisi de dades**, aquesta ens permet valorar l'evolució de l'atenció obstètrica en els anys i comparar les diferències entre els centres assistencials estudiats, a més de conèixer la idoneïtat, i actualització dels seus protocols de treball. Els resultats demostraren diferències substancials en la pràctica clínica entre centres, el que suposa certa iniquitat per les dones ateses, així com l'existència de marge de millora, en quant a l'adequació d'aquesta als estàndards recomanats.

La publicació de les dades presentades amb el primer estudi va propiciar que es portés al Parlament de les Illes Balears la Proposició no de Llei (PNL) relativa a la humanització del part i bones pràctiques obstètriques, davant la Comissió de Salut. La transparència de les dades afavoreix que es treballi per a l'excel·lència, que es prenguin mesures que afavoreixin avançar cap a un model d'atenció de qualitat i humanitzada, i permet que la població, en aquest cas les dones, tinguin una informació valuosa a l'hora de prendre decisions lliures i informades. I aquesta transparència ha de ser competència del Servei de Salut, i no pot sols dependre d'iniciatives particulars, així doncs, es veu l'oportunitat que aquest s'impliqui i es comprometi a oferir dades oficials.

A més, com hem comentat, en els centres públics de Balears en els últims anys s'han portat a terme iniciatives per a l'actualització de protocols o implementació de nous, que afavoreixin una atenció obstètrica humanitzada, i que permetin una atenció més centrada en la dona, en les seves necessitats i expectatives. Però cal donar-los visibilitat, per compartir les bones pràctiques entre centres, així com fomentar els punts forts de cada servei per tal que es puguin donar a conèixer a tota la població.

2. Per altra banda i referent a l'**opinió dels/les professionals**, coincideix amb les dades recollides anteriorment, al reconèixer que l'atenció obstètrica presenta marge de millora però no sols en l'adequació de la pràctica clínica sinó també amb la humanització d'aquesta.

L'elevada taxa de participació de les comares que treballen en el servei públic de Balears, que recordem superà el 80%, fa palesa la implicació d'aquestes i el desig d'avançar cap a l'optimització de l'atenció obstètrica humanitzada i de qualitat. S'espera que aquesta implicació, donant els seu punt de vista, també pugui ser traslladada i igualment participativa per part dels metges/esses especialistes en gineco-obstetrícia.

Comptar amb l'opinió dels professionals és imprescindible per a propiciar canvis, així com avaluar l'avenç de les millores que es produeixen en l'assistència sanitària. La implicació per part dels/les professionals, serà més efectiva si va de la mà dels recursos materials, però sobretot humans, necessaris per poder oferir una atenció continuada, propera, personalitzada i de qualitat.

3. Referent a l'opinió de les dones ateses, és de vital importància donar veu i facilitar la recollida de l'opinió d'aquestes, essent un dels elements més valuosos per a avaluar i avançar en la qualitat assistencial.

En aquest sentit, el tercer estudi recull casos en que es vulneren dels drets a la intimitat, informació i autonomia, així com el tracte paternalista, poc individualitzat, proper o respectuós. A més les dones entrevistades expressen la importància que ha tingut en les seves vides patir la sobremedicalització dels seus processos reproductius, haver rebut un tracte deshumanitzat o una pràctica clínica inadequada.

La anàlisi en profunditat de l'opinió de les dones que han patit VO, posa els fonaments per poder elaborar i validar instruments per a avaluar de manera sistemàtica l'opinió de les pacients, permet conèixer els punts forts de l'atenció oferida i per altra banda detectar les mançanes que puguin existir, així com casos de VO, fets imprescindibles per a la seva prevenció.

A més, per a la prevenir-la, caldrà també la formació i sensibilització dels professionals implicats, ja sigui durant la formació especialitzada, o mitjançant formació continuada, així com la sensibilització de la població en general sobre la importància de l'atenció obstètrica respectuosa amb els drets de les dones, a més de la implicació de les persones responsables de dissenyar les polítiques de salut.

En el nostre entorn, la PNL esmentada ha implicat que per primer cop es reconegui el terme VO en el Parlament de les Illes Balears, fet que ha de ser un pas més en la visualització del problema, per afavorir-ne l'erradicació.

4. Aquest treball fa palesa i contextualitza l'atenció obstètrica sobremedicalitzada, poc respectuosa o deshumanitzada, dins un **marc de gènere**, en el que els drets de protecció de la salut, d'autonomia i d'informació són vulnerats, i aquesta vulneració és molts cops normalitzada precisament perquè les qui ho pateixen són les dones. I és que, tot i que cada vegada menys, d'entre les violències basades en el gènere, la VO a pesar de contribuir a mantenir una estructura de discriminació cap a les dones, es pot considerar encara invisibilitzada, i poc present en el debat públic (Gherardi, 2016).

Per tal de definir un problema, estudiar-lo i donar-li visibilitat, és necessari posar-li nom. Denominar-la i entendre la VO com a violència basada en el gènere, és reclamar el respecte cap als processos reproductius, el respecte als cossos de les dones i a la vivència dels seus embarassos i parts, i sobretot una manera de fer visible la vulneració dels drets de les dones. Fet pel que és imprescindible seguir investigant, i impulsant estratègies per a la detecció i prevenció de la VO, amb la finalitat d'erradicar-la i oferir una atenció obstètrica, humanitzada, respectuosa i lliure de violència.

En definitiva, pel que fa el reconeixement i respecte dels drets de les dones durant l'atenció obstètrica, estem en el camí; ens queden moltes passes per fer endavant, i no ens en podem permetre cap enrere.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Afsana, K., i Rashid, S. F. (2001). The challenges of meeting rural Bangladeshi women's needs in delivery care. *Reproductive health matters*, 9(18), 79-89. doi: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90094-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90094-1)

Aleman, M. J. (2014). *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos*. (Tesi doctoral). Universitat de Valencia. Valencia. Recuperat de <https://core.ac.uk/download/pdf/71027920.pdf>

Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M^a.E., Nicolás Viguera, M^a.D, Bas Peña, E., Morales López, R., Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4849595.pdf>

Balde, M. D., Bangoura, A., Sall, O., Soumah, A. M., Vogel, J. P., i Bohren, M. A. (2017). Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reproductive health*, 14(1), 3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0266-1>

Ballesteros, C., Carrillo, C., Maseguer, M., Canteras, M., i Martínez M.E. (2015). Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. *Matronas profesión*, (4), 110-116. Recuperat de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/47757/1/Adecuacione..l.pdf>

Banks, K. P., Karim, A. M., Ratcliffe, H. L., Betemariam, W., i Langer, A. (2017). Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health policy and planning*, 33(3), 317-327. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx180>

Baumbusch, J. L. (2010). Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 184-192. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05413.x>

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., i Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 205-215. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205>

Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. Recuperat de

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/download/374/379>

Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética. UNESCO*, 1(7), 25-34. Recuperat de <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Biurrun Garrido, A., i Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14(2), 62-66. Recuperat de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., i Javadi, D. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), 1-31. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Boletín Oficial del Estado núm. 129, de 28 de mayo de 2009, páginas 44697 a 44729 (p.33)

Borges, M. T. (2017). A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal*, 67. 827-862. Recuperat de <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3924&context=dlj>

Bosch, E i Ferrer V.A. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7-19. Recuperat de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244002>

Bravo, P., Uribe, C., i Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300007>

Burrowes, S., Holcombe, S. J., Jara, D., Carter, D., i Smith, K. (2017). Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 263-277. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1442-1>

Chadwick, R. J. (2016). Obstetric violence in South Africa. *SAMJ: South African Medical Journal*, 106(5), 423-424. doi: <http://dx.doi.org/10.7196/samj.2016.v106i5.10708>

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, C. (2015). Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica. *Acta Médica Costarricense*, 57(3) (p.143). Recuperat de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v57n3/art08v57n3.pdf>

Constitución Española, 29 de diciembre de 1978. BOE núm. 311, de 29-12-1978.

Crespo-Antepara, D. N., Sánchez-Zambrano, B. M., i Domínguez-Ontano, D. P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento*, 3(7), 347-361. Recuperat de <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>

Da-Silva-Carvalho, I., i Santana-Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(47), 71-97. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

Da Silva, V., Lins, R., Tavares de Lucena, K. D., Chaves Deininger, L. D. S., da Silva Martins, V. D. M., Cunha Monteiro, A. C., i de Melo, R. (2016). Obstetrical violence under the look of users. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10(12), 4474-4480. doi: [10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606)

Davis- Floyd, R. (1994). *The rituals of American hospital birth. Conformity and conflict: readings in cultural anthropology*. New York: Harper Collins. D. Mc Curby.

Decret 69/2008, de 20 de juny, mitjançant el qual es regula el Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) d'alta hospitalària i activitat ambulatoria a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. BOIB Num.89. 26-06-2008.

Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive health matters*, 24(47), 56-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., i Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), 1-17. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

Ehrenreich, B., i English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Edición española, Editorial La Sal, Barcelona.

El-Haffez G. (1990). Maternal mortality in the Islamic countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO. *Population Sciences*, 9, 63-68. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12284319>

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., i Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Euro Peristat Project. (2018). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Recuperat de https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf

Faneite, J., Feo, A., i Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 72(1), 4-12. Recuperat de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=664589&indexSearch=ID>

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2011). *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*. Pamplona. Recuperat de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>

Ferreiro-Losada, M. T., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M. D., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J., i Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de calidad asistencial*, 28(5), 291-299. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001>

Fernández, A. M. (2006). *Poder y autonomía: Violencias y discriminaciones de género*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O. M., Graham, W. J., Mills, A., Borghi, J., i Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*, 368, 1535-1541. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69384-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69384-7)

Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad: La Voluntad del saber*. (1^{ra} ed.). Mèxic: Siglo XX.

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., i Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 915-917. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.137869>

Gallego, M. B. (2019). La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251. doi: <http://dx.doi.org/10.18002/cg.v0i14.5803>

García, E. M. (2015). *La violencia obstétrica como violencia de género: Una mirada feminista de la situación en España*. (Traball fi de Màster). Universitat Jaume I. Valencia. Recuperat de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/151385>

García, E. M. (2017). Hacia los partos empoderados. Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 87-106. doi: [10.6035/Dossiers.2017.22.6](https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6)

García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. (Tesi doctoral). Universidad Autonoma de Madrid. Madrid. Recuperat de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1

García Fernández, T. (2015). *Violencia obstétrica y educación sexual: sujetas, maternidad y cuerpos predicados*. (Treball Fi de Màster). Universidad de Cuenca, Catilla-la Mancha. Recuperat de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/32898/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>

García Jordá, D., i Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista cubana de salud pública*, 36, 330-336. Recuperat de https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000400007

Gervás, J., i Pérez-Fernández, M. (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Barcelona: Los libros del lince.

Gherardi, N. (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas. Serie Asuntos de Género, 141, 17-26. Recuperat de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf

Goberna-Tricas, J. (2009). *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. (Tesi doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona. URI: <http://hdl.handle.net/2445/41704>

Goberna, J (2017). La disconformidad hacia las diferentes formas de violencia y opresión contra las mujeres. *Musas*, 2(2), 1-2. Recuperat de <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/19655/21989>

Goberna-Tricas, (20018) Prólogo. Dins Goberna-Tricas J, i Boladeras. *Violencia Obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. (pp.11-16) Editorial Tecnos, Madrid.

Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., i Farrell, T. (2019). Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 1, 100007. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>

Green, M. H. (2008), *Making Women's Medicine Masculine The Rise of Male Authority in PreModern Gynecology*, Oxford University Press. Recuperat de http://www.academia.edu/download/52291830/Green_Medieval_and_Renaissance_Owners_of_Trotula_Manuscripts_-_Appendix01_2008.pdf

Hameed, W., i Avan, B. I. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home-and facility-based births in Pakistan. *PloS one*, 13(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0194601>

Hatamleh, R., Shaban, I. A., i Homer, C. (2013). Evaluating the experience of Jordanian women with maternity care services. *Health Care for Women International*, 34(6), 499-512. doi: <https://doi.org/10.1080/07399332.2012.680996>

Hulton, L. A., Matthews, Z., i Stones, R. W. (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social science & medicine*, 64(10), 2083-2095. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.019>

Iglesias, S., Conde, M., González, S., i Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>

Institut Balear d'Estadística (IBESTAT). (2019). Govern de les Illes Balears. Conselleria Model Econòmic, Turisme i Treball. Palma. Consultat des de: https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/a3d3a100-6888-445b-92ec-4f709c42b4b5/1ab63749-88c7-4f1c-a4d2-dbf5ecd6c289/es/par_t022b_17.px

International Confederation of Midwives (ICM), Pelvin, B. *Código Internacional de Ética para las comadronas*. (1992) Diario de NZCOM. Nueva Zelanda.

International Federation of Medical Students Associations (IFMSA), (2017) Policy Document Obstetric Violence and Humanized Birth. Budva, Montenegro. Recuperat de https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/03/GS_MM2017_Policy_Obstetric-Violence-and-Humanized-Birth_Ammendment.pdf

Ishola, F., Owolabi, O., i Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: a systematic review. *PloS one*, 12(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174084>

Jerez, C. (2014). 'Partos empoderados': clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. *Dins Actas, XI Congreso Argentino de Antropología Social: 23 al 26 de Juliol del 2014* (pp. 1-15). Rosario: UNR. Recuperat de <http://cdsa.aacademica.org/000-081/1588.pdf>

Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications.

Kareny da Silva, J., Conceição das Mercês, M., Amorim Messias, J. M., Pereira Guimarães, K., i Santana Bispo de Jesus, L. M. (2015). Obstetric violence within the hospital environment: experience report on inconsistencies and controversies. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 9(12), 1345-1351. Recuperat de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10843>

Lawson, J. (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22, 572-590. doi:[10.1080/10911359.2011.598748](https://doi.org/10.1080/10911359.2011.598748)

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm.55, de 03-02-2010. Última actualizació publicada el 22-09-2015.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, de 23-03-2007.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29-04-1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE num.128, de 29-5-2003.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15-11-2002.

Llei 5/2003, de 4 d'abril, de Salut de les Illes Balears. BOIB num.55, de 04-04-2003.

Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'Igualtat de dones i homes BOIB núm. 99 de 04-08-2016.

Proposició no de llei relativa a humanització del part i bones pràctiques obstètriques, davant la Comissió de Salut. BOPIB núm. 131 de 23-02-2018.

Lorenzo, C. (2013). Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. *Actas VII Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, 6, 7 i 8 de novembre de 2013. Universidad de Buenos Aires. Recuperat de <https://www.aacademica.org/000-076/197>

Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S., i Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 94(5), 508-517. doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>

Machado, AC., Ferreira de Sousa, LT., Pedra Branca Dourado, SB., Gomes Carvalho, G., Almeida e Sousa, MF., Ribeiro, JF., Soares Oliveira de Holanda Monteiro, E., Martins da Silva, S., Alves Cavalcante, MF., i Cipriano Feitosa, V. (2018). Knowledge of puerperals on interventions that cause obstetric violence. *International Journal of Development Research*, 8(6), 20953-20956

Magnone, N. (2011). Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto.

XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales: 15-17 de juny de 2014 (pp.1-20). Udelar, Montevideo. Recuperat de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Alem%C3%A1n.pdf>

Marqués de Aguilar, J., i Lucas d'Oliveira, A.F. (2010). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 79-92. Recuperar de <https://www.scielo.org/article/icse/2011.v15n36/79-92/pt/>

Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. *Revista de derecho de familia y de las personas*. 04. Recuperat de <http://www.graciamedina.com/violencia-obst-trica/>

Menéndez, E. L. (1984). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Cuadernos de la casa chata. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social*. (86), 1-23.

Miller, S., Cordero, M., Coleman, A. L., Figueroa, J., Brito-Anderson, S., Dabagh, R., i Nunez, M. (2003). Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(1), 89-103. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00148-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00148-6)

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) *Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad. Observatorio de salud de la mujer. (2012). *Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia Consciencia i Experiencia*. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Informes Breves CMBD Número 1: Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001 – 2011*. Madrid: Autor. Recuperat de <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Ev de Tasa Cesareas1.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Madrid.

Mozingo N.J., Davis W.M., Thomas P.S. i Droppleman G.P. (2002) “I felt violated”: women’s experience of childbirth-associated anger. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(6), 342–348. Recuperat de <https://journals.lww.com/mcnjournal/Fulltext/2002/11000/ I Felt Violated Women s Experience of.9.aspx>

Müller, A.E., i Parra, M. (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, 18, 147-155. Recuperat de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/download/377/382>

Núñez Pérez, D. F. (2016). *La violencia Obstétrica y el Derecho a la Salud reproductiva* (Treball fi de grau). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Recuperat de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23152/1/FJCS-DE-941.pdf>

Núñez, J. R. G. (2017). Violencia obstétrica: una mirada desde el interaccionismo simbólico y la etnoenfermería. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(7), 1-20. Recuperat de <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/654>

Oliveira, T. R. D., Costa, R. E. O. L., Monte, N. L., Veras, J. M. D. M. F., i Sá, M. Í. M. D. R. (2017). Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(1), 40-46. Recuperat en <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11876/14328>

Oliveira, V. J., i Penna, C. M. D. M. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (111), 79-83. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906961.pdf>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*. Belem Do Pará, Brasil. Recuperat de http://nuevoleon.gob.mx/sites/default/files/interioresbelemytrata2015_0.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Asamblea General en su resolución 34/180. Recuperat de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General 48/104. Recuperat de http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la Violencia_contra_la_mujer.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York, NJ. Recuperat de <http://www.ceipaz.org/images/contenido/Estudio%20a%20fondo%20sobre%20todas%20las%20formas%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. Consejo de Derechos Humanos. Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos A/HRC/21/22 Asamblea General Distr. general 2. Recuperat de https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. General Assembly resolution 34/180. Recuperat de <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>

Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (2011). *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*. Madrid.

Ortiz Gómez, T. (1992), Luisa Rosado, una matrona en la España ilustrada. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 1992 (12): 323-346. Recuperat de <https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v12/02119536v12p323.pdf>

Ortiz Gómez, T., i Sánchez, L. (1995). La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII. *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. (pp. 239-246) Granada: P. BALLARIN; C. MARTÍNEZ. Universidad de Granada.

Page, L., McCourt, C., Beake, S., Vail, A., i Hewison, J. (1999). Clinical interventions and outcomes of one-to-one midwifery practice. *Journal of Public Health*, 21(3), 243-248. doi: <https://doi.org/10.1093/pubmed/21.3.243>

Pereira, C., Domínguez, A., i Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090. Recuperat de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322015000200002&script=sci_arttext&tlng=en

Quispe, O., i Orealiz, Y. (2019). *Factores asociados a violencia obstétrica durante el parto en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional del*

Cusco, Perú. (Tesi doctoral). Universidad Andina del Cusco, Perú. Recuperat de <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/2560>

Rahmani, Z., i Brekke, M. (2013). Antenatal and obstetric care in Afghanistan—a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC health services research*, 13(1), 166-174. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-166>

Recio, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, (18), 13-26. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106931.pdf>

Rocha Pereira, W. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 391-400. Recuperat de <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/714/71413310/1>

Rodríguez, P. A., i Aguilera, L. (2017). La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 56-74. doi: <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.4>

Ruiz-Cantero, M. T. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública. Andalucía. Recuperat de <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw==>

Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija: Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. (Treball de fi de grau). Universidad De Chile, República de Chile. Recuperat de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/handle/123456789/32898>

Salgado, A., Maceira, M., López, M., i Atienza, G. (2010). Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53(6), 215-222. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.01.003>

Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... i Langer, A. (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 236. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>

Savage, V., i Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14(1), 138-165. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>

Schwarz, P. (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos. Revista de crítica social*, (11), 110-136. Recuperat de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/800>

Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., i Martínez-Roche, M.E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 23(3), 520-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

- Terán, P., Castellanos, C., González, M., i Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180. Recuperat de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322013000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- Tinoco, M. T. (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. *Revista CONAMED*, 18(4), 157-164. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4701349>
- Uribe, C., Contreras, A., Villarroel, L., Rivera, S., Bravo, P., i Cornejo, M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(1), 4-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000100002>
- Valdez, R., Hidalgo, E., Mojaró, M., i Arenas, L.M. (2016). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed*, 18(1), 26-31. Recuperat de <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161c.pdf>
- Valle, J.I. (2002). El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas profesión*, 9, 28-35.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Villarme, S i Fernández Guillén, F (2012), *Sujetos de pleno derecho. El nacimiento como tema filosófico*, en Eulalia Pérez Sedeño y Rebeca Ibáñez Martín: *Cuerpos y diferencias*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Villarme, S i Massó, E. (2015). Cuando los sujetos se embarazan. Filosofía y maternidad. *Dilemata*, (18), 1-11 Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106930.pdf>
- Villarme, S., Olza, I., i Recio, A. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, (18), 157-183. Recuperat de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/download/387/392>
- Villaverde, M., i Rosales, P. (2006). Salud Sexual y Procreación Responsable. *Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires*, 31-32.
- Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 125-146. Recuperat de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131637012009000100010
- Williams. C, Klein K, Correa M, Cormick G, Jerez C, Ciapponi A, Comandé D, Belizán J i Althabe F. (2017). Association between mistreatment/obstetric violence during childbirth and perinatal outcomes: a systematic review. *PROSPERO. International prospective register of systematic reviews. University of York*. Recuperat de https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/72156_PROTOCOL_20170716.pdf
- World Health Organization (WHO) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 24(2),436-437.

World Health Organization (WHO). (1996). *WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health. Geneva.* document WHO/EHA/SPI. POA. 2). Recuperat de <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en>

World Health Organization (WHO) (2014). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth.* Recuperat de <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternalperinatal/statementchildbirth/en/>

World Health Organization (WHO) (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

ANNEXES:

1. Marc legislatiu

A més de les estratègies, guies i protocols esmentats, l'atenció sanitària a Espanya està vinculada a la normativa específica com s'apunta a continuació.

Constitución Española, «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424 (112 págs.) Artículo 43, apartado 1,

1. *Es reconeix el dret a la protecció de la salut.*
2. *Correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. La llei establirà els drets i deures de tots al respecte.*
3. *Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport. Així mateix facilitaran l'adequada utilització de l'oci.*

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986
Referencia: BOE-A-1986-10499

CAPÍTOL I Dels principis generals Article 3.

1. *Els mitjans i actuacions del sistema sanitari estaran orientats prioritàriament a la promoció de la salut i a la prevenció de les malalties.*
2. *L'assistència sanitària pública s'estendrà a tota la població espanyola. L'accés i les prestacions sanitàries es realitzaran en condicions d'igualtat efectiva.*
3. *La política de salut està orientada a la superació dels desequilibris territorials i socials.*
4. *Les polítiques, estratègies i programes de salut integraran activament en els seus objectius i actuacions el principi d'igualtat entre dones i homes, evitant que, per les seves diferències físiques o pels estereotips socials associats, es produeixin discriminacions entre ells en els objectius i actuacions sanitàries.*

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15-11-2002.

Article 2. Principis bàsics.

- 1. La dignitat de la persona humana, el respecte a l'autonomia de la seva voluntat i al seu intimitat orientaran tota l'activitat encaminada a obtenir, utilitzar, arxivar, custodiar i transmetre la informació i la documentació clínica.*
- 2. Tota actuació en l'àmbit de la sanitat requereix, amb caràcter general, el previ consentiment dels pacients o usuaris. El consentiment, que s'ha d'obtenir després que el pacient rebi una informació adequada, s'ha de fer per escrit en els supòsits previstos en la Llei.*
- 3. El pacient o usuari té dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, entre les opcions clíniques disponibles.*
- 4. Tot pacient o usuari té dret a negar-se al tractament, excepte en els casos determinats en la Llei. La seva negativa al tractament constarà per escrit.*
- 5. Els pacients o usuaris tenen el deure de facilitar les dades sobre el seu estat físic o sobre la seva salut de manera lleial i vertadera, així com el de col·laborar en la seva obtenció, especialment quan siguin necessàries per raons d'interès públic o amb motiu de la assistència sanitària.*
- 6. Tot professional que intervé en l'activitat assistencial està obligat no només a la correcta prestació dels seus tècniques, sinó al compliment dels deures d'informació i de documentació clínica, i al respecte de les decisions adoptades lliure i voluntàriament pel pacient.*
- 7. La persona que elabori o tingui accés a la informació i la documentació clínica està obligada a guardar la reserva deguda.*

Article 4. Dret a la informació assistencial.

- 1. Els pacients tenen dret a conèixer, amb motiu de qualsevol actuació en l'àmbit de la seva salut, tota la informació disponible sobre la mateixa, salvant els supòsits exceptuats per la Llei. A més, tota persona té dret que es respecti la seva voluntat de no ser informada. La informació, que com a regla general es proporcionarà verbalment deixant constància en la història clínica, comprèn,*

com a mínim, la finalitat i la naturalesa de cada intervenció, els seus riscos i les seves conseqüències.

2. La informació clínica forma part de totes les actuacions assistencials, serà veritable, 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.

3. El metge responsable del pacient li garanteix el compliment del seu dret a la informació. Els professionals que l'atenguin durant el procés assistencial o li apliquin una tècnica o un procediment concret també són responsables d'informar.

El respecte de l'autonomia del pacient

Article 8. Consentiment informat.

1. Tota actuació en l'àmbit de la salut d'un pacient necessita el consentiment lliure i voluntari de l'afectat, una vegada que, rebuda la informació que preveu l'article 4, hagi valorat les opcions pròpies del cas. 2. El consentiment serà verbal per regla general. No obstant això, es prestarà per escrit en els casos següents: intervenció quirúrgica, procediments diagnòstics i terapèutics invasors i, en general, aplicació de procediments que suposen riscos o inconvenients de notòria i previsible repercussió negativa sobre la salut del pacient.

3. El consentiment escrit del pacient caldrà per a cadascuna de les actuacions especificades en el punt anterior d'aquest article, deixant fora de perill la possibilitat d'incorporar annexos i altres dades de caràcter general, i tindrà informació suficient sobre el procediment d'aplicació i sobre els seus riscos.

4. Tot pacient o usuari té dret a ser advertit sobre la possibilitat d'utilitzar els procediments de pronòstic, diagnòstic i terapèutics que se li apliquin en un projecte docent o d'investigació, que en cap cas podrà comportar risc addicional per a la seva salut.

5. El pacient pot revocar lliurement per escrit el seu consentiment en qualsevol moment.

Llei 5/2003, de 4 abril, de Salut de les Illes Balears. BOIB 55. Capítol III. Art.7.

Article 7. Drets de la mare

La dona durant la gestació, el part i el puerperi té dret a:

a) Obtenir informació continuada, completa i adequada sobre l'evolució de l'embaràs, part i postpart i estat del seu fill, expressada en termes comprensibles.

b) Rebre una atenció prenatal adequada i una educació maternal efectuada per un professional capacitada i estar acompanyada per una persona de la seva confiança durant el prepart, part i postpart, excepte causa suficientment justificada.

c) Ser informada adequadament de les diferents opcions de part, ja sigui natural, amb analgèsia, mitjançant cesària o qualsevol altra modalitat, amb els avantatges i inconvenients de cada opció; ser la protagonista sobre la decisió del tipus i de la modalitat del part que desitja amb l'assessorament dels professionals sanitaris; decidir les intervencions no estrictament necessàries des d'un punt de vista clínic, excepte en els casos on la urgència de la situació ho impedeixi.

d) Escollir durant el part i el postpart un únic professional referent del seu cas, quan siguin més d'un els professionals que l'atenen.

e) Tenir el nadó al seu costat des del moment del naixement i durant tota la seva estada hospitalària, sempre que la salut d'ambdós ho permeti; obtenir còpia de l'informe d'alta amb totes les dades del part i el resum de l'estat neonatal.

f) Obtenir de l'organització de l'hospital els recursos necessaris per facilitar la lactància materna, d'acord amb les recomanacions de les autoritats sanitàries; obtenir informació sobre un altre tipus d'alimentació quan la lactància materna no sigui possible o bé no sigui l'opció elegida.

g) Atenció domiciliària durant i després del part, si n'és el cas.

h) Que es respectin les recomanacions de la Organització Mundial de la Salut a totes les dones que així ho demanin.

Article 11. Dret a la informació assistencial

1. El pacient té dret que se li faciliti en termes comprensibles informació completa i continuada, verbal i escrita, sobre el seu procés, inclosos el diagnòstic, el

pronòstic i les opcions de tractament. No obstant això, es respectarà la voluntat del pacient al qual se li ofereixen les alternatives següents: – No voler ser informat. – Donar-li la possibilitat de decidir entre les distintes opcions terapèutiques del centre. – Renunciar al tractament. – Autoritzar expressament una altra persona per rebre aquesta informació.

2. El metge responsable del pacient ha de garantir el compliment del dret a la informació. Els professionals assistencials que l'atenen i li apliquen una tècnica o un procediment concret també han d'assumir la responsabilitat en el procés d'informació al pacient.

3. El pacient té dret a ser advertit de les possibilitats d'utilització dels procediments de diagnòstic i terapèutics que li apliquen en un projecte docent o d'investigació que, en cap cas, no podrà comportar perill addicional conegut per a la salut. En tot cas serà imprescindible la prèvia informació al pacient i la seva autorització per escrit, així com l'acceptació per part del metge i de la direcció del corresponent centre sanitari.

4. Es reconeix el dret del pacient a una segona opinió mèdica, en els termes que reglamentàriament es determini, amb la finalitat d'enfortir la relació bàsica entre el metge i el pacient i complementar les possibilitats d'atenció. Versió consolidada sense validesa jurídica (actualitzada a 26/06/2018) 11

5. Tot pacient té dret a rebre l'informe d'alta hospitalària en acabar l'estada en el centre assistencial, en un termini raonable. 6. Les persones autoritzades pel pacient també tenen dret a ser informades en els termes establerts en aquest article.

Article 12. El consentiment informat

1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada n'hagi donat el consentiment específic i lliure i n'hagi estat prèviament informada.

2. Com a regla general, el consentiment es manifesta verbalment. El consentiment s'ha de manifestar per escrit en els casos d'intervencions quirúrgiques, procediments diagnòstics invasius i, en general, quan es duguin a terme

procediments que suposin riscos i inconvenients notoris i previsibles susceptibles de repercutir en la salut del paciente.

3. El pacient podrà revocar per escrit el consentiment en qualsevol moment.

4. No és necessària l'exigència del consentiment en les situacions següents:

a) Quan la manca d'intervenció comporti un risc per a la salut pública.

b) Quan el cas impliqui una urgència que no permeti demores per la possibilitat d'ocasionar lesions irreversibles o existir risc de mort.

c) Quan el pacient hagi manifestat per escrit el desig de no ser informat

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Jefatura del Estado «BOE» núm. 71, de 23 de marzo de 2007 Referencia: BOE-A-2007-6115

Article 27. Integració del principi d'igualtat en la política de salut

1. Les polítiques, estratègies i programes de salut han d'integrar, en la seva formulació, desenvolupament i avaluació, les diferents necessitats de dones i homes i les mesures necessàries per abordar-les adequadament.

2. Les administracions públiques han de garantir el mateix dret a la salut de les dones i els homes, a través de la integració activa, en els objectius i en les actuacions de la política de salut, del principi d'igualtat de tracte, i evitar que, per les seves diferències biològiques o pels estereotips socials associats, es produeixin discriminacions entre les unes i els altres.

3. Les administracions públiques, a través dels seus serveis de salut i dels òrgans competents en cada cas, han de dur a terme, d'acord amb el principi d'igualtat d'oportunitats, les actuacions següents:

a) L'adopció sistemàtica, dins les accions d'educació sanitària, d'iniciatives destinades a afavorir la promoció específica de la salut de les dones, i a prevenir-ne la discriminació.

b) El foment de la recerca científica que atengui les diferències entre dones i homes en relació amb la protecció de la salut, especialment pel que fa a

l'accessibilitat i l'esforç diagnòstic i terapèutic, tant en els aspectes d'assajos clínics com assistencials.

c) La consideració, dins de la protecció, promoció i millora de la salut laboral, de l'assetjament sexual i l'assetjament per raó de sexe.

d) La integració del principi d'igualtat en la formació del personal al servei de les organitzacions sanitàries, garantint especialment la seva capacitat per detectar i atendre les situacions de violència de gènere.

e) La presència equilibrada de dones i homes en els llocs directius i de responsabilitat professional del conjunt del Sistema Nacional de Salut.

f) L'obtenció i el tractament desagregats per sexe, sempre que sigui possible, de les dades contingudes en registres, enquestes, estadístiques o altres sistemes d'informació mèdica i sanitària.

Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

CAPÍTOL II. Mesures en l'àmbit sanitari. Article 7. Atenció a la salut sexual i reproductiva.

Els serveis públics de salut han de garantir:

a) La qualitat dels serveis d'atenció a la salut sexual integral i la promoció d'estàndards d'atenció basats en el millor coneixement científic disponible.

b) L'accés universal a pràctiques clíniques efectives de planificació de la reproducció, mitjançant la incorporació d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

c) La provisió de serveis de qualitat per atendre les dones i les parelles durant l'embaràs, el part i el puerperi. En la provisió d'aquests serveis, es tindran en compte els requeriments d'accessibilitat de les persones amb discapacitat.

d) L'atenció perinatal, centrada en la família i en el desenvolupament saludable.

Llei 11/2016, de 28 de juliol, d'igualtat de dones i homes BOIB Núm. 99 4 d'agost de 2016 F122 - Sec. I. - Pàg. 24390

Capítol IV Salut Article

47 Disposicions generals

- 1. Les administracions públiques de les Illes Balears han de promoure l'aplicació de la transversalització de gènere a les polítiques de salut i han d'impulsar polítiques específiques de salut de les dones.*
- 2. Totes les actuacions assistencials, els diagnòstics i els tractaments, i també els plans d'acció comunitària, de recerca i de docència en l'àmbit de la salut, han d'incloure el principi d'igualtat entre dones i homes i les diferències de sexe i gènere.*
- 3. Les polítiques públiques de salut han de garantir el mateix dret a la salut a dones i homes a través de la integració activa, en els objectius i les actuacions, del principi d'igualtat de tracte, i han d'evitar que, per les seves diferències biològiques o pels estereotips socials associats, es produeixin discriminacions entre les unes i els altres.*
- 4. Les polítiques, les estratègies i els programes de salut han d'integrar, en la formulació, el desenvolupament i l'avaluació, les diferents necessitats de les dones i els homes i les mesures per abordar-les adequadament.*
- 5. L'Administració sanitària de les Illes Balears ha de contribuir a la millora de la salut de les dones durant tot el seu cicle vital, tenint en compte de manera especial els problemes de salut amb més incidència per a elles, incloent-hi programes de prevenció i atenció dels problemes de salut que afecten les dones, amb una atenció especial als col·lectius més vulnerables.*
- 6. L'administració sanitària de les Illes Balears ha de garantir la coordinació autonòmica de salut i gènere, i ha de promoure el disseny d'un pla integral i participatiu que defineixi les accions que s'hagin de fixar per impulsar la transversalització de gènere en totes les polítiques i les accions que es duuguin a terme.*
- 7. L'administració sanitària de les Illes Balears ha de garantir les mesures necessàries davant la violència contra les dones mitjançant el desenvolupament de programes de sensibilització i formació continuada del personal sanitari, i ha de millorar els instruments, els protocols, les guies per al diagnòstic precoç,*

l'assistència i la rehabilitació de les dones maltractades en les agressions sexuals exercides dins i fora de l'àmbit de la parella.

8. L'administració sanitària de les Illes Balears ha d'assegurar l'exercici dels drets reproductius i sexuals. S'han d'impulsar mesures per evitar embarassos no desitjats, amb una atenció especial a les adolescents, mitjançant polítiques de promoció, informació, formació i fàcil accés a tots els mètodes anticonceptius, incloent-hi l'anticonceptiu d'urgència.

9. El sistema sanitari ha de garantir l'accés a la interrupció voluntària dels embarassos no desitjats, d'acord amb la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, dins el Sistema Nacional de Salut, prioritzant que les interrupcions voluntàries dels embarassos siguin realitzades dins la xarxa d'hospitals públics.

Código Internacional de Ética para las comadronas. Bronwin Pelvin Nueva Zelanda Comadrona Diario de NZCOM, 1992.

ICM Codi Internacional d'Ètica per a les comares (1999)

I. Relacions Obstetrícia

a. Les comares respecten el dret a la informació i d'elecció de la dona i promouen l'acceptació de la dona a la responsabilitat pels resultats de les seves eleccions.

b. Les comares treballen amb les dones, recolzant el dret de participar activament en les decisions sobre la seva cura, i el suport a les dones a parlar per si mateixos sobre qüestions que afecten la seva salut i les seves famílies en la seva cultura i societat.

c. Les comares, juntament amb les dones, treballant amb les polítiques socials i el finançament per a definir les necessitats de les dones pels serveis de salut i garantir que els recursos són assignats de manera justa tenint en compte les prioritats i la disponibilitat.

d. Comares es recolzen i es reforcen mútuament en els seus rols professionals, i fomenten activament la valoració dels altres com la valoració de si mateix

e. Les comares treballen amb altres professionals de salut, assessoria i referència segons sigui necessari quan la necessitat de la dona per la seva cura excedeix les competències de la comare.

f. Les comares reconeixen la interdependència humana dins del seu camp de pràctica i busquen activament per resoldre els conflictes inherents.

g. La comare té responsabilitat amb ella mateixa com una persona de valor moral, inclosos els drets morals d'auto-respecte i la preservació de la integritat.

II. Pràctica de la comare

a. Les comares ofereixen atenció a les dones i les seves famílies amb el respecte de la diversitat cultural alhora que treballen per eliminar les pràctiques nocives dins d'aquestes mateixes cultures.

b. Les comares fomenten expectatives realistes sobre el part de les dones dins de la seva pròpia societat, amb l'expectativa mínima que cap dona ha de ser perjudicada per la concepció o la maternitat.

c. Les comares utilitzen els seus coneixements professionals per garantir la pràctica segura en el part en tots els ambients i cultures.

d. Les comares responen a les necessitats psicològiques, físiques, emocionals i espirituals de les dones que busquen atenció mèdica, independentment de les seves circumstàncies.

e. Les comares actuen com a models de conducta eficaços en la promoció de la salut de la dona en tot el seu cicle de vida, per a les famílies i per als professionals de la salut.

f. Les comares busquen activament el creixement personal, intel·lectual i professional al llarg de la seva carrera d'obstetrícia, la integració d'aquest creixement en la seva pràctica.

III. Les responsabilitats professionals de comares

a. Les comares tenen informació confidencial de les usuàries, per tal de protegir el dret a la intimitat, i el judici amb què s'intercanvia aquesta informació amb altres professionals

b. Les comares són responsables de les seves decisions i accions, i són responsables dels resultats relacionats a cura de la dona.

c. Les comares poden negar-se a participar en les activitats per a les quals, hi pugui haver oposició moral, però, l'èmfasi en la consciència individual no ha de privar les dones dels serveis essencials de salut.

d. Les comares comprenen les conseqüències adverses a la violació dels drets ètics i humans sobre la salut de les dones i els nens, i treballaran per eliminar aquestes violacions.

e. Les comares participen en el desenvolupament i aplicació de polítiques de salut que promouen la salut de totes les dones i de les seves famílies i fills

IV. Promoció del coneixement Obstetrícia i Pràctica

a. Comares garanteixen l'avanç dels coneixements de obstetrícia es basa en activitats que protegeixen els drets de les dones com de les persones.

Código de Deontología Médica. (2011). Guía de ética médica. *Organización Médica Colegial. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.*

Capítol III Relacions del metge amb els seus pacients

Article 12

1.- El metge ha de respectar el dret del pacient a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, sobre les opcions clíniques disponibles. És un deure del metge respectar el dret del pacient a estar informat en totes i cadascuna de les fases del procés assistencial. Com a regla general, la informació serà la suficient i necessària perquè el pacient pugui prendre decisions. 2.- El metge ha de respectar el rebuig del pacient, total o parcial, a una prova diagnòstica o a un tractament. Haurà informar-lo de manera entenedora i precisa de les conseqüències que puguin derivar-se de persistir en la seva negativa, deixant constància en la història clínica.

Article 15

1.- El metge ha d'informar el pacient de forma comprensible, amb veracitat, ponderació i prudència. Quan la informació inclogui dades de gravetat o mal

pronòstic s'esforçarà a transmetre-la amb delicadesa de manera que no perjudiqui al pacient. 2.- La informació ha de transmetre directament al pacient, a les persones per ell designades o al seu representant legal. El metge ha de respectar el dret del pacient a no ser informat, deixant constància en la història clínica.

Article 16

1.- La informació al pacient no és un acte burocràtic sinó un acte clínic. Ha de ser assumida directament pel metge responsable del procés assistencial, després d'arribar a un judici clínic precís. 2.- El consentiment s'expressa habitualment de manera verbal, deixant constància en la història clínica. Quan les mesures proposades suposen per al pacient

Capítol IV Qualitat de l'atenció mèdica

Article 21 1.- El metge té el deure de prestar a tots els pacients una atenció mèdica de qualitat humana i científica. 2.- Les exploracions complementàries no han de practicar-se de manera rutinària, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva és contrària a l'ètica mèdica.

2. Qüestionari sobre l'opinió dels/les professionals

QÜESTIONARI DE PERCEPCIÓ I OPINIÓ SOBRE L'ATENCIÓ OBSTÈTRICA

Aquest qüestionari pretén recollir l'opinió de les comares d'atenció primària i hospitalària, per tal d'estudiar l'atenció obstètrica que s'ofereix durant el seguiment d'embaràs, part i puerperi a les Illes Balears.

La recollida de les dades garanteix l'anonimat, ja que no permet identificar en cap cas el o la professional, ni el centre de treball.

En cas de dubte, contactar amb la investigadora principal a la següent direcció electrònica: rllobera@ibsalut.caib.es

Moltes gràcies per endavant!

Lloc habitual de treball:	Atenció primària	<input type="checkbox"/>
	Atenció hospitalària	<input type="checkbox"/>
Treballes:	A la sanitat pública	<input type="checkbox"/>
	A la sanitat privada	<input type="checkbox"/>
	A la pública i a la privada	<input type="checkbox"/>
Temps que fa que ets comare:	Menys de 5 anys	<input type="checkbox"/>
	Entre 5 i 10 anys	<input type="checkbox"/>
	Més de 10 anys	<input type="checkbox"/>

Per tal de conèixer quina opinió tens sobre l'atenció obstètrica que s'ofereix en general a les Illes Balears, a continuació es plantegen afirmacions a les que s'ha de marcar el grau d'acord. Marca les respostes del qüestionari encerclant-les de manera clara.

1. El procés d'embaràs, part i puerperi normals són atesos per els i les professionals com a un procés fisiològic.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

2. La carrega assistencial dificulta que l'atenció obstètrica sigui personalitzada, respectuosa i de òptima qualitat.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

3. La comunicació entre professionals d'atenció primària i atenció hospitalària es òptima.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

INTIMITAT

4. Entre professionals es comenta amb els/les companys/es aspectes personals de la dona, no relacionats amb l'atenció obstètrica.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

5. En ocasions la documentació escrita de la dona es deixa a l'abast de mirades d'altres professionals no directament implicats en el procés i/o altres pacients o acompanyants.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

6. Es cobreix sempre la zona genital de la dona durant l'exploració ginecològica.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

7. Es tanca la porta cada cop que s'entra o surt de l'espai on hi ha la dona, i es truca abans d'entrar.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

8. Es facilita informació a familiars/acompanyants sense haver-li demanat autorització a la dona.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

9. L'espai (consulta/paritori/habitacions) on atens a la dona afavoreix la intimitat visual i verbal.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

10. El nombre de professionals presents en el part són sols els imprescindibles.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

TRACTE/AMBIENT

11. En el tracte es tenen en compte els sentiments i la situació personal de cada dona.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

12. Els i les professionals que atenen a la dona, es presenten dient el seu nom i professió.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

13. Es crea un clima de confiança i respecte.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

14. Els i les professionals que atenen a la dona, substitueixen el seu nom per apel·latius tals com: nina, filla, guapa, "cariño", etc.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

15. S'estableix una relació de proximitat amb la dona que permeti el contacte amb els i les professionals que l'atenen i s'empra un to amable i amb el volum de veu adequat.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

16. L'espai i infraestructura en la que s'atén a la dona és adequat.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

17. S'intenta que l'ambient en el que s'atén a la dona sigui càlid, íntim, confortable i lliure de sorolls ambientals.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

AUTONOMIA / PARTICIPACIÓ / CONSENTIMENT

18. S'afavoreix que la dona expressi com desitja ser atesa.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

19. El pla de part i naixement escrit afavoreix que es respectin les voluntats de la dona.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

20. Es respecten les decisions informades de la dona, a pesar de que als professionals no els semblin les més adequades.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

21. La actitud dels i les professionals canvia quant el desig de la dona discrepa del que consideren més apropiat.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

22. Els i les professionals s'esforcen en donar tota la informació necessària de forma comprensible per a la dona.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

RESPECTE DELS TEMPS

23. Ajustar-se als protocols afavoreix que es respectin els ritmes de part de la dona.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

24. La pressió d'altres professionals per saber com progressa el part i com acabarà, fa que no es respectin els ritmes de cada dona durant el part.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

25. La durada establerta de les consultes a la comare (de 15' pel seguiment d'embaràs i 30' en les primeres visites d'embaràs i puerperals) és suficient per a donar una atenció de qualitat.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

ADEQUACIÓ DE LA PRÀCTICA

26. Els protocols amb els quals treballes estan actualitzats.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

27. Els protocols amb els quals treballes eviten les pràctiques rutinàries, obsoletes i/o innecessàries.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

28. Els protocols amb els quals treballes afavoreixen l'atenció individualitzada segons les característiques de cada dona i procés l'embaràs, part i puerperi.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

29. Es practiquen tècniques obstètriques innecessàries i/o inadequades, per por a l'evolució desfavorable del procés d'embaràs, part o puerperi.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

30. Es practiquen tècniques obstètriques innecessàries i/o inadequades, per pressions d'altres professionals durant el procés d'embaràs, part o puerperi.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

31. Es practiquen tècniques obstètriques innecessàries i/o inadequades, per desconeixement.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

32. L'atenció que s'ofereix realment fomenta l'ús de tècniques d'alleujament del dolor, alternatives a l'epidural.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

33. L'atenció que s'ofereix realment fomenta l'elecció de la postura durant el procés de part.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

34. Es continua realitzant la maniobra de Kristeller.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

35. Durant el seguiment de l'embaràs es realitzen més proves mèdiques (ecografies, amniocentesis, corbes de glucèmia, altres analítiques, etc.) de les necessàries.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

36. Durant la teva pràctica professional has ates dones que han patit una atenció sobremedicalitzada, deshumanitzada i/o irrespectuosa durant el seu embaràs, part o puerperi.

Totalment en desacord	Molt en desacord	Bastant en desacord	Parcialment d'acord	Molt d'acord	Totalment d'acord
-----------------------	------------------	---------------------	---------------------	--------------	-------------------

3. Fragments d'entrevistes originals inclosos a l'article (sense traduir)

El tacte que em va fer la ginecòloga, va ser el tacte amb menys "tacte" que em van fer en tot el dia ¡Horrorós! Sense presentar-se, va entrar a l'habitació i em va ficar els dits, sense donar-me explicacions, ni demanar-me permís. (E11)

Van començar a entrar molts, jo no sabia ni qui eren, infermeres o no sé qui eren ... a l'habitació un moment van entrar més de sis persones, jo tenia les dues comares, però les altres no sé què pintaven allà, ningú es va presentar. (E3)

A més, te expliquen les coses d'una manera, com si fossis ... com si no ho poguessis entendre, (...) i tot i que coneixen el teu nivell d'estudis, això és igual. T'ho expliquen amb paraules massa col·loquials, i les dones estem ben preparades per sentir segons què. Estic acostumada a que sigui així, resignada ... (E11)

Vull que em donin les explicacions a mi, que sóc aquí, i donar jo el consentiment. Perquè val, ella l'hi explicava al meu marit i tot el que tu vulguis, perfecte, però és que és a mi! (E8)

I jo els deia: no, no ho vull, sota la meva responsabilitat. I ella [Ginecòloga] em deia: “tú en estos momentos ya no puedes opinar, porque ya no tienes la cabeza en su sitio, y ya no puedes opinar”.. (E8)

Y ahí fue, que la ginecóloga me apretó, muy fuerte, se me puso encima [Kristeller] y me dijo: “yo te ayudo un poco, te lo empujo”. (E5)

Allà em vaig trobar molt malament i clar, com que estava tan totasola! Bé estava amb la meva parella, però sense que ningú de personal em digués: no passa res això és normal o tranquila... Bé, com que estava tan totasola i no hi havia ningú que em relaxés, em vaig anar posant molt nerviosa, molt ansiosa, el que va fer que el dolor fos pitjor ... (E1)

Em va dir: “*hombre, como estás gorda no se ve* [imatge ecogràfica] ” ... Em va xerrar molt malament. (E8)

Había discordia entre ellas, la matrona decía que ya no metería más manos allí. Que para ella era una cesárea, que no estaba suficiente dilatada, y la médica dijo que sí y fue cuando ella [la ginecóloga] decidió meterme las chupas [la ventosa] y las manos y no sé qué más, y se me pusieron dos personas encima de la barriga muy fuerte, y yo es que ya perdía conciencia de lo que estaba pasando y tuve una hemorragia. (E9)

Es asimilado que los que mandan, o los que dirigen, o los que llevan todo el parto, son ellos y tú te callas, y te achantas. (E6)

La meva sensació era que el ginecòleg i la comare anaven fent a la seva bolla i la meva parella i jo, ido estàvem allà simples pacients espectadors, com que ens deixàvem fer el que ells trobaven que era necessari, sense pensar. (E3)

Una vez él, mi pareja, le dijo a la ginecóloga que no me empujara más la panza [Kristeller], ella me dijo: Pues te llevo a quirófano sola, y ya está (...). Le dijo [Marido]: “y tú te quedas aquí”. Como castigado, y él ya no pudo verle nacer. (E5)

Però quant jo ho vaig discutir i vaig demanar un poc més [l'estimulació amb oxitocina], es van acabar les bromes i es va acabar el feeling amb la comare, saps? (E11)

La sensació era de ... una fàbrica mecànica, era la sensació que fins ara he estat aquí de part fatal, però ningú ha vingut a parlar amb jo durant hores, ni m'han demanat qui era o com em trobava, si era el primer part o quin era la trajectòria, ni res, en cap moment (...) i després entraren tots junts [moltes persones] per l'expulsiu, i no hi va haver ningú que establís contacte directe amb jo. (E1)

Esta chica [resident de ginecología] fue muy cortante, no te dejaba hablar, era como si vete, vete, que tengo mucha gente que atender, fue... como sentirte un número más... el sentimiento es como de culpabilidad por molestar. (E9)

De hecho, mis pruebas de la infección (Estreptococo) que hacen para parir, la hice tan tarde y porque fui yo, porque otra madre me dijo que tenía que ir (...). No sé, cómo que no se lo tomaba muy en serio al embarazo, no empatizaba contigo ni nada. (E2)

Va dir la ginecòloga: “*bueno, bueno ¡vamos a empezar!*” [Cesàrea]. I jo li vaig dir: “*¡Eh! Para que siento dolor*”(…) i l'anestèsista li deia que esperés que em posarien més anestèsia, que jo el que portava era la dosi per a un part vaginal, i no per a la cesària (...) però tot i així em va clavar el bisturí (...), jo vaig cridar de dolor com una loca. (E8)

Y en el informe no aparece que me hicieran esta maniobra [Kristeller]. Lo de la ventosa no me había dado cuenta que tampoco no estaba escrito y la raquídea tampoco lo pone. O sea, que al final no pusieron en el informe lo que pasó... (E5)

Va ser treure-ho i deixar-lo a la cuna, sense ... no li van posar ni lo del cordó, el van deixar amb com unes tisoires posades i dins d'una cuna (...) i se'n van anar tots.

A mi això em va traumatitzar bastant, perquè jo vaig veure que sortia, que no me el donaven i que el posaven allà totsol, com a que l'abandonaven. (E1)

La matrona decidió ella sola, y eso que en mi plan de parto yo también lo puse, pero, aun así, se puso sobre mi barriga a empujar, y yo no quería. (E4)

El bebé se quejó y me hicieron la prueba esta de pincharle la cabecita (pH). Pero no me explicaron lo que tenían que hacer, sacaron mi marido fuera, vi que la habitación se empezaba a llenar de gente, yo les decía: me estoy saturando, me estoy colapsando, ¿qué pasa? Y ellos no me decían nada. (E10)

Em van fer episiotomia i jo això ho sé, perquè el meu company ho va veure i després m'ho va dir. Jo ho he vist després escrit en els papers, però en cap moment em van avisar "ara et estem fent episiotomia", ni abans, ni després, no! (E3)

Sí, però jo pensava que allà no es paria, perquè era com ... no sé, és que se separaven per cortines, eren sales que tu escoltaves a la dona que paria al costat ... Sí, separat per cortines! (E4)

Durante las contracciones nos pusieron en una sala que era intermedia entre dos pasillos, entonces esa sala era la que utilizaban para pasar de un pasillo a otro en vez de dar la vuelta, la utilizaban como zona de tránsito (E6)

Però jo estava parint, era el meu primer part i tothom allà mirant-me i mirant la meva intimitat, perquè és la meva intimitat! val que al final perds la vergonya que et mirin la vagina, però no si hi ha la ginecòloga, i la resident, més les 4 persones recolzades a la paret, i també el que em pitjava la panxa, i molta més gent que no sé ni qui eren ... (E12)

Jo sempre li dic al meu home, que ara ho tornaria passar, però tornaria pasar per això, per no deixar-me vèncer, saps? Perquè lluitaria més pel que vull, exigiria més, ¡El lluitaria més, o diria no! (E7)

A les 2 o 3 hores d'estar en sala de parts, va entrar una comare que em va dir "ara et rompré la bossa ". Així m'ho va dir, no em va demanar si me la podia rompre ... ni perquè me rompia la borsa, ni em va explicar res ... i jo li vaig dir que no! Que, sense explicar-me, no m'havia de rompre la bossa, que jo acabava d'arribar feia dues hores... (E11)

Sempre dic que el segon part serà molt diferent que en el primer, perquè portaré des del minut 1 el pla de part fet, i bé tinc molt clar que segurament no aniré a la privada, que canviaré de professionals i que vull un altre tipus de part, vull que em tractin d'una altra manera. (E3)

4. Proposició no de llei

BOPIB núm. 131 - 23 de febrer de 2018 (7243-7244). RGE núm. 1616/18 (complementat amb el RGE núm. 1667/18), dels Grups Parlamentaris Socialista, Podem Illes Balears, MÉS per Menorca, Mixt i MÉS per Mallorca, relativa a humanització del part i bones pràctiques obstètriques, davant la Comissió de Salut.

D'acord amb el que preveuen els articles 172 i següents del Reglament del Parlament de les Illes Balears, els Grups Parlamentaris Socialista, Podem Illes Balears, MÉS per Menorca, Mixt i MÉS per Mallorca presenten la proposició no de llei següent perquè sigui tramitada davant la Comissió de Salut.

L'OMS diu que totes les dones tenen dret a rebre el més alt nivell de cures en la seva salut, que inclou el dret a una atenció digna i respectuosa de l'embaràs, del part, el seu puerperi, i el dret a no sofrir violència ni discriminació.

Per aconseguir un alt nivell d'atenció respectuosa en el part, els sistemes de salut han d'organitzar-se i conduir-se de tal manera que es garanteixi el respecte dels drets humans. Parlam de garantir el dret a la intimitat, el dret a la integritat corporal que es relaciona amb els principis bàsics de privadesa, autonomia i dignitat, el dret a no rebre tractes cruels, inhumans o degradants, així com a rebre els coneixements científics més actualitzats.

Durant la darrera dècada hem avançat en la filosofia que el part és un procés fisiològic i que, per tant, hem d'evitar la seva excessiva medicalització per atendre el part de manera respectuosa, millorant la qualitat assistencial, alhora que es mantenen els nivells de seguretat per a les mares i les seves criatures.

La Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes recull de manera expressa els drets de la dona durant la gestació, el part i el puerperi, els drets del nadó i els drets comuns de pares i mares, sent capdavanters en l'atenció al part normal en el conjunt de l'Estat.

La Llei Orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes considera respecte de les qüestions de salut i gènere, evitar la patologització i la medicalització del part, afavorir l'apoderament de la dona, possibilitar la recerca

d'autonomia i autoresponsabilitat en la presa de decisions i assegurar la salut de la mare i de la criatura.

L'OMS defineix de manera clara quines són les pràctiques recomanades per a la humanització del part. Aquestes són: permetre que les dones prenguin decisions sobre la seva cura, l'acompanyament continu durant el treball de part i el part, la llibertat de moviment i posició durant el treball de part i el part, evitar pràctiques de rutina com l'episiotomia, el rasurat, l'ènema o el monitoreig fetal electrònic, permetre la presa de líquids i aliments en el treball de part, restringir l'ús d'oxitocina, analgèsia i anestèsia i limitar la taxa de cesària al 10-15%.

L'any 2009 el Ministeri de Sanitat va editar els estàndards i les recomanacions per a maternitats hospitalàries i va publicar el 2010 una Guia de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal, que aporta una extensa llista de recomanacions que es recullen a la estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. Malgrat això, aquesta estratègia és insuficientment analitzada en el conjunt dels seus indicadors.

L'OMS defineix com a criteri de qualitat una taxa de cesàries entre el 10 i el 15% dels parts. Els hospitals que aposten per parts de baixa intervenció amb protocols estandarditzats i obstetres conscienciats, les cesàries es mouen entre el 12% i el 20%. En els hospitals privats les xifres poden superar el 50% dels parts.

El darrer informe realitzat pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2013) situa Balears l'any 2011 en la posició sisena del rànquing de les disset comunitats autònomes, amb una taxa de 20,50% del total, quan la mitjana era del 21,88. Quedam enfora del País Basc, amb una taxa del 12,64%, però també lluny d'Extremadura, amb un 27,49%.

Sis anys després estam en una taxa del 19,7%, però amb diferències molt significatives entre els diferents hospitals de Balears. Son Espases 29,4%; Son Llätzer 16,1%; Manacor 13,8%, Inca 18,4%; Mateu Orfila 26,3; Can Misses 13,6% y Formentera 18,6%; la qual cosa evidencia que hi ha marge de millora per escurçar distància entre hospitals i per ajustar-nos a les recomanacions de l'OMS.

L'estudi "L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema de Salut" publicat el 2016 conclou que Son Llàtzer, seguit de l'Hospital de Manacor, és l'hospital que presenta les xifres de parts eutòcits més altes, amb una diferència percentual de 15 punts trobam amb les taxes més baixes, Son Espases.

Si observam altres indicadors veiem com en tots els hospitals, la tècnica de part instrumental més utilitzada és la ventosa -que suposa el triple que l'ús de fòrceps, tal com recomana l'estratègia. Trobam diferències significatives d'un 10% entre hospitals com el d'Inca o el de Son Llàtzer, que presenta el més baix. Pel que fa a les tendències, Can Misses, Manacor i Inca han augmentat els parts instrumentals els darrers anys, mentre que Son Espases, Son Llàtzer i Mateu Orfila han registrat una disminució.

Respecte de les episiotomies, a pesar que és una pràctica no recomanada, l'Hospital Mateu Orfila va practicar en el període analitzat un 21%, quatre vegades més alta que l'Hospital Comarcal d'Inca.

Pel que fa al maneig del dolor, veiem que l'ús d'epidurals va en augment en quatre hospitals i es redueix a Manacor i Inca. L'any 2014 la diferència entre Son Llàtzer i Inca va ser de 40 punts.

Segons alguns estudis recents el 7% de les dones asseguren haver patit violència obstètrica. Es calcula que a més de 150.000 dones a l'any se'ls apliquen episiotomies no consentides, una pràctica molt qüestionada quan no ve motivada per raons de reducció de risc pels seus efectes sobre la salut, la vida i la parella.

A les nostres Illes la Justícia ha fallat a favor d'una dona per un seguit de males praxis a un hospital públic l'any 2010.

L'evidència científica fa anys que pressiona cap un canvi de model més humanitzat i respectuós. A Espanya, l'hospital valencià de Manisses va ser pioner a obrir una casa de parts l'any 2014, integrada a la xarxa pública de salut, un espai per garantir parts naturals amb tota la calidesa professional i qualitat assistencial, on les dones disposen del temps que calgui per poder parir sense intervencions que pretenguin accelerar-li el part. A

Catalunya, la Generalitat projecta obrir cases de naixements en hospitals públics per aprofundir en aquest model. Cada cop més països aposten per aquest tipus d'infraestructures on les dones tenen més probabilitats d'acabar el part sense intervencions innecessàries.

Per l'anteriorment exposat els grups sotassignants presenten la següent

Proposició no de llei

1. El Parlament de les Illes Balears insta el Govern de les Illes Balears a impulsar l'estratègia en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal, unificant, cohesionant i actualitzant els criteris i protocols existents per tal de garantir els drets de les dones gestants i els de les seves criatures.
2. El Parlament de les Illes Balears insta el Govern de les Illes Balears a identificar les bones pràctiques i a exportar-les al conjunt dels hospitals públics de les Illes Balears, per tal d'evitar la instrumentalització del part normal i oferir una atenció més humanitzada.
3. El Parlament de les Illes Balears insta a continuar la formació de professionals per actualitzar coneixement i habilitats pràctiques, com element clau per a la modificació de rutines apreses i millorar la qualitat de l'atenció, basant-la en la evidència científica.
4. El Parlament de les Illes Balears insta el Govern de les Illes Balears a estudiar l'experiència i la viabilitat de projectes com les cases de naixement.

Palma, a 12 de febrer de 2018 Les diputades

