

LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA I LA INTERVENCIÓ DES DEL TREBALL SOCIAL SANITARI



Treball realitzat per:

Neus Velasco Jurado

Tutor: David Alegre

Treball de Fi de Grau

Grau en Treball Social

Facultat d'Educació i Psicologia

Universitat de Girona

Curs 2019-2020

5 de juny del 2020

Índex

1. Introducció.....	pàg. 2
2. Metodologia.....	pàg. 3
3. Aproximació teòrica.....	pàg. 5
3.1. Salut i la dona.....	pàg. 5
3.2. Violència Obstètrica	pàg. 8
3.2.1. Definició del concepte.....	pàg. 8
3.2.2. El tracte en els processos reproductius.....	pàg. 9
3.2.3. Les conseqüències de la violència obstètrica.....	pàg. 13
3.2.4. La tipologia de la violència.....	pàg. 15
3.2.5. Marc legislatiu.....	pàg. 19
3.3. Treball social sanitari i la violència obstètrica.....	pàg. 22
3.3.1. Treball social sanitari: la disciplina i les seves funcions.....	pàg. 22
3.3.2. Treball social sanitari i la relació amb els processos reproductius.....	pàg. 24
3.3.3. Intervencions davant la violència obstètrica des del treball social sanitari.....	pàg. 28
4. Conclusions.....	pàg. 32
5. Bibliografia.....	pàg. 34
5.1. Bibliografia i webgrafia.....	pàg. 34
5.2. Legislació, protocols, codis deontològics i altres documents.....	pàg. 41
5.3. Entrevistes.....	pàg. 42
6. Annexes.....	pàg. 43

1. Introducció

En el transcurs dels segles les diverses societats han reproduït sistemes d'opressió envers les dones, sistemes patriarcals que han tingut les seves manifestacions en tots els àmbits de la vida quotidiana, construint un discurs misogin que es manifesta en forma de discriminacions arribant fins a l'anomenada violència contra la dona.

Tot i això, gràcies a la resposta organitzada que ha sorgit en els últims anys des del feminisme, diverses autores, col·lectius i associacions han detectat la presència d'aquesta tipologia de violència en l'àmbit de la salut, i més concretament al llarg dels processos reproductius naturals de les dones. Aquesta és anomenada *violència obstètrica*, i ha estat definida com:

l'apropiació del cos i dels processos reproductius de les dones per prestadors de salut, que s'expressa en un tracte jeràrquic deshumanitzador, en un abús que s'observa en la medicalització i patologització dels processos naturals, portant amb si la pèrdua d'autonomia i la capacitat per decidir lliurement sobre els seus cossos i sexualitat i impactant negativament en la qualitat de vida de les dones (*El parto es nuestro*, 2020).

Malauradament, encara que aquesta praxi hagi estat estudiada des de les diverses ciències socials com l'antropologia, la psicologia i la sociologia, no ha estat reconeguda per aquelles que l'exerceixen, les ciències de la salut. Així doncs, la violència obstètrica se segueix practicant diàriament en els centres de salut, vulnerant els drets humans i sexuals de les dones. Mentre que al mateix temps no existeix cap mena de regla que penalitzi l'agressor/-a, ni per altra banda cap mena de recurs, suport i/o acompanyament per la persona que pateix aquestes atroces praxis.

Per tant, entre les motivacions per realitzar la present investigació caldria esmentar la situació expressada anteriorment, juntament amb la impotència que em desperta com a futura treballadora social, a la por que em genera poder viure com a dona el dia de demà aquesta mala experiència, i al meu interès al llarg dels anys per la salut sexual i reproductiva. Així doncs, em proposo dur a terme una exploració teòrica amb l'objectiu general d'analitzar la problemàtica social definida com a violència obstètrica, així com la intervenció que es pot realitzar des de l'àmbit social, concretament en el camp del treball social sanitari.

2. Metodologia

El present Treball de Fi de Grau (TFG) és una exploració teòrica en la qual l'objecte d'estudi, tal com s'ha mencionat en la introducció, és la violència obstètrica i la intervenció que se'n fa des del treball social sanitari.

Aquest parteix de dues hipòtesis, i l'objectiu és refutar la seva validesa o no en el transcurs de l'estudi. La primera és que es realitzen males praxis per part de les professionals de l'àmbit sanitari en els processos reproductius de les dones, les quals provoquen severes conseqüències en les afectades. Per altra banda, una segona hipòtesis és que davant d'aquesta problemàtica es pot i és necessari que es realitzin diverses intervencions socials des del treball social sanitari.

Al mateix temps, s'ha marcat un objectiu general, el qual passa per analitzar i contrastar les diverses fonts teòriques en vers la violència obstètrica i la intervenció que es realitza des del treball social sanitari. També d'altres específics, que són:

- OE1 Analitzar les aportacions teòriques envers la salut de la dona i com la construcció social del gènere ha impactat en ella.
- OE2 Conèixer i analitzar les aportacions teòriques envers el concepte violència obstètrica.
- OE3 Identificar les causes i conseqüències de la problemàtica.
- OE4 Conèixer i identificar les funcions generals i específiques del rol del treball social sanitari en relació amb els processos reproductius de les dones.
- OE5 Realitzar diverses aportacions per abordar la problemàtica des del treball social sanitari.

Així doncs, per poder assolir aquests objectius s'ha realitzat un buidatge bibliogràfic a través de la cerca, lectura i anàlisi d'articles, llibres, revistes electròniques, tesis doctorals i TFG i TFM. Les fonts han sigut cercades en diversos idiomes, i aborden la temàtica des de diversos països. Per dur a terme aquest buidatge generalment s'han utilitzat diversos cercadors com Dialnet, Dixit - Centre de Documentació de Serveis Socials, Google Academic, Mendeley o Scielo, així com els cercadors en relació amb el marc legislatiu que ofereixen la Generalitat de Catalunya, l'Estat espanyol, Argentina, Mèxic i Veneçuela. A més, s'han utilitzat les següents paraules clau, a vegades combinades i en diversos idiomes

per aconseguir una recerca més precisa: *violència obstètrica, part respectuós, maltractament, salut, maltractament àmbit sanitari, maternitat, processos reproductius, violència de gènere, violència contra les dones, violència masclista, treball social sanitari, salut sexual*, entre altres.

Així doncs, l'aproximació teòrica està organitzada en tres blocs. Al primer s'analitza la relació entre la salut i la dona. En el segon, s'analitzen i comparen les diverses teories envers la violència obstètrica realitzant una aproximació a la definició del concepte, el tracte pel qual s'identifica, les conseqüències que provoca, la tipologia de violència a la qual defineixen les diverses autores, i la seva interpretació en el marc legislatiu. Per últim, una vegada analitzada la problemàtica social definida com a violència obstètrica i tenint present la relació que té el treball social amb l'àmbit sanitari, al tercer bloc es realitzarà un retrocés temporal per poder definir el paper i les funcions de la treballadora social sanitària. En segon lloc, una aproximació a les funcions que té en relació amb la salut sexual i reproductiva de les persones, i també, envers la violència masclista. Per acabar plantejo un recull de propostes elaborades per mi mateixa i tres treballadores socials de l'àmbit sanitari, les qual es podrien dur a terme des de la disciplina del treball social per combatre la problemàtica.

Les aportacions que han realitzat les treballadores socials han sigut recollides anònimament i a través d'entrevistes semiestructurades realitzades en el transcurs del treball via videotrucades.

Pel que fa a la redacció, cal assenyalar que s'ha optat per utilitzar el gènere "femení" per així fer visible el col·lectiu que protagonitza aquest treball i que s'hi identifica com a tal. Tot i això, encara que s'hagi optat per anomenar amb el substantiu *dones* les persones protagonistes d'aquest estudi, cal tenir en compte que actualment també hi ha persones que pateixen aquesta tipologia de violència i no s'identifiquen amb (o només) aquesta identitat de gènere.

Per últim, m'agradaria fer un incís per apuntar les limitacions que s'han patit i els canvis que s'han hagut de dur a terme al llarg de l'elaboració del treball a causa la situació d'alarma deguda a la pandèmia de la Covid-19 que s'ha viscut al llarg d'aquests mesos.

Des dels seus inicis, el present treball estava plantejat i seguia una metodologia pròpia d'una exploració/recerca entorn les situacions socials al voltant de la violència obstètrica. Concretament, l'objectiu general era conèixer els diversos punts de vista de les dones, les professionals de l'àmbit sanitari i les treballadores socials envers la problemàtica, a través

d'entrevistes i enquestes. No obstant, a l'inici del confinament moltes de les entrevistes concertades amb les professionals de l'àmbit sanitari i les treballadores socials van ser suspeses per elles mateixes. Cal fer esment que totes elles van ser suspeses per raons relacionades amb l'estat d'estrès, la manca de temps i altres problemàtiques provocades per les circumstàncies excepcionals que vivim actualment. Així doncs, davant la limitació que provoca la manca d'una mostra sòlida per abordar una recerca es va optar per realitzar el treball amb la metodologia presentada anteriorment, partint doncs d'una exploració més teòrica però sense renunciar en cap moment a fer un treball ambiciós.

3. Aproximació teòrica

3.1. Salut i la dona

Al llarg de les èpoques i les cultures, el concepte *salut* ha anat oscil·lant, amb una percepció diferent dels processos mèdics en cada segle, així com el valor que la mateixa societat li dóna. Un exemple és el canvi de com la societat, antigament, concebia la salut com una absència de malaltia, la qual cosa va canviar l'any 1946 quan la Organització Mundial de la Salut (OMS) definia "*la salut*" com "*un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties*".

Però no és només el concepte de salut i com es percep ha evolucionat sinó que també les polítiques que l'envolten, és a dir, la promoció de la salut. L'any 1986 l'OMS definia aquesta com el "*procés que habilita les persones per incrementar el control sobre els determinants de la salut per així millorar la seva salut*". No obstant, el 1998 formulava una definició més amplia on la promoció de la salut apareixia com el:

procés polític i social global que inclou no només les accions dirigides directament a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb la finalitat de reduir el seu impacte en la salut col·lectiva i individual.

Així doncs, tal com es pot observar, en tots els casos es té en compte l'àmbit social i el gènere de les persones com a factors influents en la salut.

Abans de continuar avançant en l'anàlisi de la relació entre la dona i la salut, sembla necessari fer un petit parèntesis per definir el concepte "*gènere*" amb el que es treballa aquí. Com afirma Ortiz (2002:30), aquest fa referència a les "*diferències culturals i socials*

assignades a les persones en funció del seu sexe; conjunt de valors, símbols i metàfores que defineixen el masculí i el femení i les relacions de poder basades en l'asimetria social entre dones i homes". En tots els casos es parla de significats i construccions socials-culturals que ens envolten en la vida diària, perquè tal com afirma Varela (2005:181), el gènere no és sinònim de sexe. De fet, l'autora especifica que "*quan parlem de sexe ens referim a la biologia -a les diferències físiques entre els cossos de les dones i dels homes-, i al parlar de gènere, a les normes i conductes assignades a homes i dones en funció del seu sexe*".

Així doncs, s'ha vist en diversos estudis com aquesta construcció social i cultural afecta i condiona les diferències en la salut de les persones. Tal és el cas dels pioners Wilkinson i Marmot, que al 1999 es van donar compte d'aquesta relació i d'altres relacionades amb la posició social i material de les persones en el seu treball anomenat *Social determinants of health*, considerant el gènere com un dels anomenats *determinants de la salut*. Posteriorment, l'any 2003 l'OMS va donar cabuda a aquesta teoria i va començar a defensar que l'atenció mèdica pot millorar el pronòstic de les malalties però que són "*les condicions socials i econòmiques les que exerceixen una major influència sobre la salut de la població en general*" (p.7).

En la mateixa línia es va posicionar la Commission on Social Determinants of Health (2007) quan apuntava que "*les desigualtats de salut reflecteixen la desigualtat en la distribució de poder, prestigi i recursos entre grups de la societat. Totes les societats són estratificades segons línies ètniques, de raça, gènere, educació, ocupació, ingressos i classe*". Per tant, tal com afirma Llorente (Citat per Sánchez, 2018:182) el fet d'haver reconegut aquests determinants "*suposa transcendir la dimensió individual i física de la salut, de manera que cobren sentit tot tipus de polítiques socials encaminades a millorar la salut*". És a dir, estem davant un canvi de paradigma en el significat de la salut i en les ciències dedicades a garantir-la.

Per descomptat, aquest factor no sempre s'ha tingut en consideració en les ciències de la salut, com queda palès al llarg de la història. Així ho analitza Valls-Llobet (citada per Tasa, Mora i Raich, 2015:17-18):

la invisibilització de les dones sota la normativitat masculina, és a dir, infrareportant les possibles diferències existents en la forma d'emmalaltir d'homes i dones en base tant al sexe com al gènere; concebre i investigar la salut de les dones en base als significats que el sistema heteropatriarcal assimila amb la feminitat; i utilitzar el cos de coneixement mèdic, en tant com a eina biopolítica, per

contribuir al manteniment de l'ordre heteropatriarcal, mantenint el control sobre el cos de les dones i impedit la seva legítima sobirania sobre els seus propis cossos.

Aquesta és la realitat que fa que les autores parlin de *biaix de gènere en la medicina clínica*, és a dir, quan “*s'aborda una situació clínica de forma inadequadament diferent o similar, d'acord amb l'evidència científica disponible, en funció del gènere del pacient*” (Tasa, Mora i Raich, 2015:17).

Més concretament, aquest problema es pot veure reflectit en l'atenció a la salut de la dona, com per exemple en la sobremedicalització en el tractament del malestar emocional “femení”. També en la discriminació a través del maltracte verbal i físic per part dels professionals sanitaris o les dificultats en l'accés al sistema sanitari, entre d'altres (Tasa, Mora i Raich, 2015).

Segons Sánchez (2013) la manca de coneixement sobre la salut de les dones ve determinada pels següents quatre factors: la falta d'un enfocament diferenciat d'aquesta, ja que només comporta la identificació exclusiva de la seva salut amb els processos reproductius; la falta de tradició investigadora, així com la falta de finançament; la no diferenciació entre sexes en la manifestació de la malaltia; i per últim la no consideració de les condicions socials de les dones.

Més concretament, aquesta perspectiva imposada al llarg de la història és l'anomenat androcentrisme, és a dir, la visió del món i de la cultura des del punt de vista “masculí”, la qual dóna lloc a una visió misògina i sexista de la ciència (Ortiz, 2004; Martínez, 2008).

Per altra banda, cal tenir present que la figura de la dona sempre ha estat present en la medicina tant en els processos mèdics com en les cures en l'entorn domèstic. De fet, la primera dona reconeguda com a doctora va ser Merit Ptah concretament a l'Egipte dels faraons, aproximadament l'any 2700 a.C. Tot i això, les dones han patit una submissió a la figura de l'home, al qual se li han reconegut gran part de les aportacions en les ciències de la salut encara que aquestes fossin degudes a les dones. En conseqüència, la dona tampoc ha sigut representada en els recursos educatius que s'ofereixen en les carreres de l'àmbit sanitari, fet que comporta una prolongació en la problemàtica (Alcaraz, 2005).

En conclusió, per tots aquests motius en aquesta recerca es té en compte que en les ciències de la salut existeix un biaix de gènere i una desigualtat que afecta a aquelles persones generalment considerades com a dones, tant en els seus processos reproductius com en tots els altres processos mèdics.

3.2. Violència Obstètrica

3.2.1. Definició del concepte

El terme *violència obstètrica* és poc conegut generalment, ja que és relativament nou. Tot i això, cada vegada té més ressonància. Per altra banda, és un concepte que genera debat i certes controvèrsies en el món mèdic. Per aquests motius no existeix una definició definitiva, però a grans trets les autores la defineixen com “*el tipus de violència desenvolupada pel personal de la salut sobre el cos i els processos reproductius de les dones*” (González i Suarez, 2017:9).

Llevat que sigui un concepte nou, el primer cop que es fa servir científicament és a través de l'autor James Blundell, l'any 1834. Blundell era obstètric, i a partir de la seva pràctica en el Guy's Hospital de Londres va escriure el seu estudi *The principles and practice of obstetricy* on apuntava lo següent:

Quan la placenta és estripada de manera grollera i imprudent per la mà de la comadrona pot esperar-se que es produeixin les pitjors conseqüències. Inundacions [referint-se a sagnat abundant], laceracions tremendes, inversions de l'úter aquests són els efectes de la violència obstètrica -violència obstètrica ferotge i atroç-; aquest insaciable i sagnant Moloch, davant el santuari sagnant del qual molts milers han estat sacrificats, per ser succeït en anys futurs per víctimes encara més nombroses (p. 255).

Com es pot observar, fa una referència clara i evident al terme, sense especificar el seu significat, però deixa entendre què comporta. En aquest sentit, exposa una situació violenta en el tracte dispensat a les dones en el marc d'un part, ja que explica de quina manera s'estripa la placenta, l'òrgan “matern”. També indica qui duu a terme aquest acte, els sanitaris, als quals es refereix com a “*comptables*”. Per últim, deixa palès que és un fet que ocorre constantment i identifica a les dones que el pateixen com a “*víctimes*”.

Així doncs, aquest fragment té clares similituds amb les definicions que s'atorguen avui en dia al concepte, com per exemple la que elabora Belli (2013:28), qui parla de “*tracte deshumanitzat cap a la dona embarassada, en la tendència a patologitzar els processos reproductius naturals i en múltiples manifestacions que resulten amenaçadores en el context de l'atenció de la salut sexual, embaràs, part i post part*”. Un punt que remarca aquesta autora és el fet que la violència obstètrica no es dona només en el part, com generalment es

creu, sinó que transcendeix a totes les etapes dels processos reproductius, com l'anticoncepció, la planificació familiar, l'avortament, la menopausia, entre d'altres.

Pel que fa a l'aparició del terme en els estudis en espanyol hem d'esperar al segle XX. El fet que no s'utilitzi fins més tard, segons Goberna i Boladeras (2018), té a veure amb dues raons: primerament, perquè l'expressió té unes “*connotacions molt fortes*”, i en segon lloc perquè “*incomoda profundament a obstetres i matrones, i provoca un ampli rebuig en professionals de diferents sectors*”. A més, les autores remarquen que les pràctiques que es podrien identificar com a part de la violència obstètrica segueix present.

Tot i això, cal destacar que encara que el terme no sigui generalment acceptat s'utilitzen d'altres que fan referència al mateix problema. Per exemple, s'utilitzen termes com “part violent” o “part forçat”, “maltracte”, o en anglès, “disrespect and abuse”, “violence against women health-care institutions”, “institutional violence, medical authority”, entre d'altres. De fet, l'any 2014 l'OMS va referir-se a aquesta manera de fer com a “*tracte irrespectuós i ofensiu*”, per tant no és que no es reconegui allò que implica, sinó la manera en què ens referim a aquestes pràctiques. A més, en la definició que realitza la pròpia OMS va més enllà de especificar què és, i fa menció a les conseqüències que provoca respecte els drets bàsics de les persones:

tracte irrespectuós i ofensiu durant el part en centres de salut, que no només viola els drets de les dones a una atenció respectuosa, sinó que també amenaça els seus drets a la vida, la salut, la integritat física i la no discriminació (p.1).

Aquesta referència deixa clar que el concepte de “violència obstètrica” implica una vulneració dels drets de les dones. Per aquest motiu, al parlar d'una problemàtica tan complexa i abans de prosseguir amb el desenvolupament del concepte en sí, cal fer un parèntesi per concretar quin és exactament el tracte i les pràctiques concretes a les quals fan referència les definicions.

3.2.2. El tracte en els processos reproductius

Primerament, cal mencionar que també existeix certa controvèrsia en especificar quines són exactament les praxis i els tractes que defineixen la violència obstètrica. No obstant això, diversos estudis comparteixen teories les quals s'exposaran a continuació.

La sobremedicalització en els processos reproductius naturals és una de les pràctiques més identificades en els estudis sobre violència obstètrica. Aquesta és freqüent en l'embaràs i

el part, i es dona a partir de l'ús de materials, tècniques quirúrgiques i medicaments innecessaris durant aquest procés.

L'antropòloga Michelle Sadler (2016), així com nombroses autores, identifica dues d'aquestes tècniques quirúrgiques que s'utilitzen en el part i que fomenten la violència obstètrica: una és la cesària, que permet el naixement per via abdominal (Schnapp, Sepúlveda i Robert, 2014), i l'altra l'episiotomia, que és una *“incisió que secciona el perineu [...]i es fa servir per ampliar el canal de part en dones que viuen un part vaginal per primera vegada”* (Berzaín i Camacho, 2014:1).

Pel que fa a les cesàries, segons Mazzoni, Althabe, Liu, Bonotti, Gibbons, Sánchez i Belizán (2010:391), en els països on hi ha un ingrés mitjà i alt per donar a llum en les últimes tres dècades, el nombre d'aquestes intervencions durant el part ha anat augmentant cada vegada més. Segons les autores esmentades, es tracta d'una praxi contraproduent per les persones a les quals se'ls hi aplica, ja que *“pot augmentar el risc de complicacions, com la mortalitat materna, la lesió vesical, la lesió del tracte ureteral i la histerectomia”*. Pel que fa al cas concret d'Espanya, l'any 2013, Sánchez (2013:45) identificava que des del 2003 s'havia produït un augment en la utilització d'aquesta tècnica, i que de tots els parts realitzats en aquella dècada *“un 36% per cent a les clíniques privades de les ciutats i un 23% en la medicina pública”* havien tingut lloc aplicant aquesta praxi. Per sort, amb els anys aquesta taxa ha anat disminuint i així ho demostra un estudi del Instituto Nacional de Estadística de 2018, on s'identifica que aquell any un 26% dels parts del país eren per cesària.

Tot i això, segons la *Declaració de l'OMS sobre les taxes de cesària* del 1985, tornada a publicar l'any 2015, afirma que la taxa ideal de parts per cesària implementada per professionals de la salut, hauria d'oscil·lar entre el 10% i el 15% per així evitar possibles conseqüències sobre la salut maternoinfantil (OMS, 2015). Per tant, la taxa de cesàries és un indicatiu clar de la sobremedicalització que existeix en el part a Espanya.

També s'identifica com sobremedicalització la utilització de certs instruments quirúrgics. Tal és el cas del fòrceps, que tal com defineixen Hernández, Ramírez, Pichardo, Moreno, Rodríguez i Contreras (2012:52-53) és un *“instrument en forma de pinces dissenyat per prendre sense traumatitzar el cap del fetus dins de la pelvis materna durant el període expulsiu del treball de part”*. Malgrat tot, les mateixes autores especifiquen que és un instrument que afavoreix l'hemorràgia obstètrica i que pot afectar el nounat provocant *“lesions en el cap, coll, sistema nerviós central, sistema nerviós perifèric i lesions de teixits*

tous". Un altre instrument que s'utilitza és la ventosa, que és un sistema de succió utilitzat en el part vaginal amb la finalitat d'accelerar-lo, encara que com afirma Boberg (2005) no és tan popular com les altres tècniques i instruments esmentats, ja que les conseqüències que provoca al nou-nat són pitjors.

La sobremedicalització no només es redueix als instruments i les tècniques quirúrgiques que s'utilitzen en el part, sinó que també implica l'ús de medicaments per accelerar els parts, com l'oxitocina. Aquesta ajuda a induir, conduir el treball del part i controlar l'hemorràgia obstètrica. Segons López, Arámbula i Camarena (2014:480) és el "*fàrmac que més vegades es relaciona amb resultats perinatals adversos evitables*".

Aquesta sobremedicalització també es pot estendre a la gran quantitat d'ecografies, entre altres proves, que es realitzen en l'embaràs o també en la recepció de fàrmacs durant la menstruació i la menopausa (Sánchez, 2013).

Així doncs, si la sobremedicalització provoca severes conseqüències en els processos reproductius naturals, cal tenir en compte amb quina intenció es realitza, ja que serà el que definirà per on passa la fina línia entre un ús adequat i un que no ho és. És a dir, no en totes les ocasions l'ús d'aquests instruments, medicines i tècniques són causa de la violència obstètrica, només ho és quan resulta innecessari. Un clar exemple és l'ús de les tècniques quirúrgiques i els instrumentals amb la intenció de "*escurçar el temps d'espera de la cirurgia*", tal com afirma Governas i Boladeras (2018).

Apart de tenir en compte la intenció també és important la concepció que hi ha darrere d'aquests instruments des del seu inici, ja que tal com expliquen Governas i Boladeras (2018:36) entre els segles XVII i XIX:

servien per establir la superioritat dels homes envers les dones com assistents del part, ja que, per regla general, a les llevadores, titulades o no, no els hi estava permès l'ús de l'instrumental de cap tipus llevat de la xeringa de baptisme intrauterí.

És a dir, les tècniques quirúrgiques, els instrumentals i els fàrmacs són més que simples accions o materials, ja que darrere d'elles existeixen unes praxis de poder, uns factors socials i uns significats culturals. En aquest sentit, un tracte que les autores identifiquen com a violència obstètrica és el tracte deshumanitzador. González i Suarez (2017:11) parlen per exemple de "*criticar a la dona per plorar o cridar durant el part, mofar-se o fer comentaris irònics i impedir l'elaboració de preguntes*". Al respecte, en un estudi realitzat a Veneçuela

on s'analitza la percepció de 425 dones en relació a l'atenció rebuda durant el part aquestes afegixen a aquest tracte deshumanitzador l'impediment de mantenir contacte amb el nounat i d'expressar les seves pors; rebre comentaris desqualificadors i acudits; ser tractades amb sobrenoms i diminutius, o no poder caminar durant el procés (Terán, Castellanos, Blanco i Ramos, 2013).

Per altra banda, autores com Bowser i Hill (2010:12) afirmen que dins el tracte deshumanitzador es posa de manifest en “*un comportament discriminatori contra determinats subgrups de dones basats en raça, ètnia, edat, estat del VIH, estatus financer i educatiu i altres*”. Així doncs, l'anàlisi de la violència obstètrica també s'ha de realitzar des d'una perspectiva interseccional, la qual tingui en compte els diversos eixos de desigualtat o opressió.

Una altra praxi que fomenta la violència obstètrica és la realització d'actes mèdics sense el consentiment de la dona. González i Suarez (2017) identifiquen la imposició de pràctiques mèdiques, la prohibició de la companyia durant el treball del part, el procés abans del part, i el part, o simplement no demanar el consentiment informat.

La privació d'informació i no deixar marge d'elecció, així com no oferint la possibilitat d'escollir entre les diverses alternatives, obligar a parir en una determinada posició, enganyar o crear un ambient poc íntim són algunes de les accions que també identifica Sánchez (2012).

Val la pena esmentar un estudi de Maria Jesús Montes (2008) on afirma que existeix un tracte definible per la seva “*anul·lació com a subjecte social*”. Aquesta situació es dona ja sigui d'una manera directa, desvaloritzant les sensacions de la dona i invalidant-la, o d'una forma més indirecta, quan el personal sanitari no es presenta abans d'atendre la dona, fomentant una manca de privacitat i complicitat i provocant al mateix temps la seva cosificació. En aquest últim cas es tracta a la dona com objecte de treball, realitzant-li exploracions repetides sense permís, sense explicacions ni presentacions del personal sanitari. Un exemple és la següent situació, la qual s'identifica com a pràctica de cosificació:

quan se li indica a la dona desplaçar-se d'una sala a una altra. Vestida amb una camisa de dormir que deixa al descobert part del seu cos i els peus descalços o lleument protegits, ens porta la imatge de la pèrdua de dignitat i la submissió als quals ha hagut d'adaptar-se (Montes, 2008:283).

La mateixa autora afirma que les dones, apart de viure un tracte deshumanitzador també són infantilitzades, fet que posa de manifest les relacions de poder vertical existents. També

afirma que se les enganya en diverses ocasions durant el part. Així queda palès al seu estudi mitjançant un parell de testimonis que va recollir:

a una d'elles li van dir que "la nena tenia pressa per néixer" quan en realitat, s'havia activat el part amb oxitocina i en una altra es va justificar l'ús del fòrceps perquè: "El nen estava tort. Em van dir que estava una mica encallat ... però com encallat? I clar, després vaig veure que quan jo vaig sortir va entrar una altra. Crec que van ser les presses però quina ràbia! " (p.285).

Per últim, un dels estudis més complets sobre el maltractament de les dones durant el part, realitzat a partir de l'anàlisi de 65 estudis tant quantitius com qualitatius de 34 països diferents, identifica set tipologies de maltractament durant el part, alguns dels quals ja han estat identificats anteriorment. Aquests són el "*maltracte físic; l'abús sexual; maltracte verbal; estigmatització i discriminació; incompliment dels estàndards professionals de cura; relació deficient entre la dona i els sanitaris; i condicions del sistema sanitari i restriccions*" (Bohren, Vogel, Hunter, Lutsiv, Makh, Souza, Aguiar, Saraiva Coneglian, Diniz, Tunçalp, Javadi, D., Oladapo, Khosla, Hindin i Gülmezoglu, 2015:7). A més, es descriu quines són les accions, tractes i condicions que defineixen els àmbits, a través d'una taula, la mateixa que es pot trobar als Annexes pel nom de *Taula 1*.

Així doncs, tal com s'ha esmentat a l'inici d'aquest apartat, es pot observar que no existeix una identificació exacta de les "accions" que defineixen la violència obstètrica però algunes són comunes entre els diversos estudis. Per tant, encara que sigui un concepte amb matisos mig-esborrats, existeix una evidència clara de què aquests fets ocorren ja siguin recollits i explicats des d'una mirada objectiva o subjectiva. Per altra banda, cal remarcar que majoritàriament els estudis es centren en el moment del part, però que tal com s'ha mencionat anteriorment la violència obstètrica afecta també a altres processos reproductius naturals.

3.2.3. Les conseqüències de la violència obstètrica

És cert que cadascuna de les experiències que viuen les dones amb els processos reproductius naturals són diferents i personals, però si en ells està present la violència obstètrica hi és present, existeix més probabilitat de patir certes conseqüències.

Anteriorment, s'ha esmentat que en diversos processos reproductius on hi ha un ús innecessari de tècniques quirúrgiques, instruments i fàrmacs, amb més freqüència hi ha

conseqüències perjudicials per la salut física tant de la dona com la del nadó. Conseqüències que poden curar-se amb el pas de temps, encara que deixin un impacte emocional en les persones, però tal com afirma Goberna i Boladeras (2017) la violència obstètrica pot provocar seqüeles i danys permanents en aquelles que la pateixen, i fins i tot la mort.

Altres autores, entre les quals es pot trobar a Souza, Rattner i Gubert (2017) afirmen que aquest tipus de maltractament també té conseqüències en la salut mental de les dones i que hi ha una relació entre la violència obstètrica i la depressió postpart. González i Suarez (2017) també fan referència a aquesta relació i afirmen que la violència obstètrica pot provocar estrès posttraumàtic, el qual pot provocar des de la depressió fins a la ideacions suïcides.

Pel que fa a la depressió postpart, és una malaltia que provoca una “*intensa tristor amb labilitat emocional greu*”, tal com defineix Camps (2017:60). Aquesta afirma que la dolència comença al cap de quatre setmanes després del part, és a dir, en el procés de puerperi, i que pot allargar-se fins als tres o quatre anys següents. Més específicament, els símptomes que caracteritzen aquesta malaltia són:

ansietat greu, atacs de pànic, plor espontani després dels 7-10 dies postpart, desinterès pel nadó i insomni, dificultat de conciliació o el fet de despertar d'hora, [...] sentir-se culpable per la seva depressió, manifestar sentiments negatius cap al nadó i mostrar-se reticents a discutir els seus símptomes (Camps, 2017:61).

Laínez (2011:78) és una altra autora que fa evident la simptomatologia de la depressió postpart, que no en pocs casos, com es deia, podria estar relacionada amb la violència obstètrica:

El fet que una dona que està de part no se senti segura perquè pateixi un tracte incorrecte per part de personal sanitari, o estigui pensant que el naixement és dolorós o perillós, o es trobi en una situació de subordinació, o en una en la que visqui una falta d'intimitat, pot fer que tingui por o percebi una manca de control o incapacitat que li generi ansietat, i per tant, es desencadeni la reacció d'estrès.

Tot i això, malauradament és una malaltia poc coneguda, que passa desapercibuda i que no s'acostuma a compartir amb l'entorn més proper de la persona (Kennedy, Beck i Driscoll, 2003). Cal tenir en compte, que aquesta actitud de vegades és fruit de les expectatives que la societat imposa sobre la dona durant el puerperi pel seu “rol de mare”, fet que a més a més exposa a la dona a judicis de valor en tot el procés. En aquest sentit, encara que hi hagi autores que no especifiquen aquesta relació entre la violència obstètrica i la depressió

postpart, sí que esmenten que les emocions que experimenten les dones en el procés de l'embaràs, condicionen i tenen relació amb la tipologia i les complicacions del part (Miranda, Bonilla i Rodríguez, 2015).

Per últim, val a dir que durant el puerperi també es poden produir situacions relacionades amb la violència obstètrica que poden afavorir o agreujar la simptomatologia de les malalties mentals esmentades.

3.2.4. La tipologia de la violència

Una de les qüestions que fan que no existeixi una aprovació general al voltant d'aquest concepte dins la comunitat científica, és que la violència obstètrica ha estat identificada dins altres tipologies de violència o com un conjunt d'aquestes. De fet, diverses autores manifesten que el conjunt d'aquestes violències són en si mateixes la causa de l'existència de la violència obstètrica. Així doncs, abans de començar a analitzar aquesta problemàtica i els conceptes entorn d'ella cal advertir, que no podré endinsar-me tant com voldria arran de les limitacions d'extensió i format pròpies d'un TFG, la complexitat inherent a la temàtica i més concretament d'aquest epígraf.

Per una banda, la violència obstètrica ha estat relacionada i/o identificada com a violència institucional o estructural. La violència estructural, segons Galtung (Citat per Boladeras, 2019:65), es defineix com una violència que *“es centra en el conjunt d'estructures que no permeten la satisfacció de les necessitats i es concreta, precisament, en la negació de les necessitats”*. Més concretament, Montes (2008) defineix el concepte “maltractament institucional” com a:

qualsevol norma, procediment o actuació procedent dels poders públics, o bé derivada de l'actuació individual de professionals que comporta abús, negligència, perjudici per la salut, la seguretat, el estat emocional, el benestar físic, o que violi els drets bàsics de les persones (p.275-276).

Pel que fa a la relació entre la violència institucional i els processos reproductius, Marilena de Souza Chauí (Citat per Aguiar, D'Olivera i Schraiber, 2013:2288) afirma que violència institucional és el terme més adient, ja que la raó per la qual s'elabora aquesta tipologia de tracte té a veure amb l'existència d'una desigualtat basada en la jerarquitització entre la persona i la institució. Específicament, aquesta autora afirma que el tracte es relaciona amb *“l'objectiu d'explorar, dominar i oprimir a l'altre que es pren per objecte d'acció, tenint en compte la*

seva autonomia, subjectivitat, comunicació i lliure acció s'impedeix o és cancel·lada". És a dir, aquesta és la situació que per exemple ens trobem quan el professional del sistema sanitari envers la dona durant els parts, que pot donar peu a la vulneració dels drets d'aquesta a través de la violència exercida pel primer. Cal recordar que com diu Foucault (1988) l'exercici del poder en sí mateix no és violència, però és un:

conjunt d'accions sobre accions possibles; opera sobre el camp de la possibilitat o s'inscriu en els comportaments dels subjectes actants: incita, indueix, sedueix, facilita o dificulta; amplia o limita, torna més o menys probable; de manera extrema, constreny o prohibeix de manera absoluta; amb tot, sempre és una manera d'actuar sobre un subjecte actant o sobre subjectes actants, en tant que actuen o són susceptibles d'actuar (p.15).

Per tant, segons les autores esmentades la violència obstètrica s'emmarca en la violència institucional, ja que es realitza per professionals que formen part d'una institució i aquests vulneren els drets de les dones exercint una relació de poder envers elles.

Per altra banda, també ha sigut vinculada a la violència simbòlica, concepte introduït per Pierre Bourdieu (1999:173), que es defineix com aquella forma de violència que *“arrenca submissions que ni tan sols es perceben com a tals recolzant-se en unes «expectatives col·lectives», en unes creences socialment inculcades”*. Concepte que lliga amb el que va anomenar com a *“poder simbòlic”*, segons Fernández (2005:9) les *“diverses formes de poder que es despleguen rutinàriament en la vida social i que rara vegada es manifesten obertament de forma física”*. Aquesta definició de violència simbòlica també es compartida Galtung (Citat per Boladeras, 2019:65) utilitzant el sinònim de *violència cultural* i l'identifica com aquella que *“crea un marc legitimador de la violència i es concreta en actituds”*. Afegeix que aquesta mena de violència fa que l'anomenada violència directa, que és aquella visible que es basa en els comportaments i actes violents, i la violència estructural no siguin percebudes com un fet negatiu per part de la societat. Com afirma Fernández (2005), es manifesta a través de símbols, gestos, actituds, postures corporals propis de la cultura i transmesos de generació en generació. Per tant, la violència simbòlica és aquella que és invisible als ulls de la societat, ja que forma part de la cultura d'aquesta.

Respecte a la relació que hi troben les autores entre la violència simbòlica-cultural i la violència obstètrica, es basa en el fet que en la major part dels casos no existeix una intencionalitat quan s'exerceix mal a les dones durant el part, i que “simplement” és la

formació des d'una perspectiva biomèdica la que fomenta el poder dels professionals sanitaris sobre les dones, *“relacionant-se amb elles com si fossin objectes i sense tenir en compte les dimensions (biològiques, psicològiques i socials) que conformen a la persona”* (Casal i Alemany, 2014:62).

Cal tenir en compte, tal com defineixen Gervas i Pérez (2015), que actualment és viu en una societat on:

els metges han expropiat amplis camps del viure i adquirit el monopoli per determinar què és salut, què és malaltia, qui està malalt, quin procés d'atenció és convenient, el lloc i les intervencions precises en el part i la mort, inclús quan ha arribat la pròpia mort i perquè (21).

Per tant, se segueix una concepció on s'ha de confiar, obeir i respectar a la figura sanitària perquè només ella coneix la veritat absoluta envers la salut. Això provoca que es visqui en una cultura on el qüestionament de la praxi de la professional sanitària es escàs, fins i tot quan és evident la violència inherent a certes maneres de fer.

Per últim i no menys important, la violència obstètrica és considerada com la violència de gènere i/o violència contra les dones tant per autores com per col·lectius feministes i associacions. Segons Gobernas i Boladeras (2018:71), aquesta relació té a veure amb el fet que aquesta *“es deriva del masclisme estructural i d'una concepció hegemònica de masculinitat, la qual genera jerarquies en l'àmbit mèdic i es transmet als pacients en forma de comportaments patriarcals que persisteixen, encara avui, en les sales de part”*. Jewkes i Penn-Kekana (2015) també identifiquen que la relació entre els professionals sanitaris i les dones durant el període de la maternitat es basa en l'hegemonia de la “masculinitat” dominant que és paral·lela a la dominació dels homes que es viu diàriament en la societat. De fet, parlem d'una hegemonia que és present en tota la biomedicina, ja que tal com afirma Sadler (2016:50) aquesta té integrades *“unes creences, regles i pràctiques internes que reproduïxen les ideologies de gènere”*. Així doncs, encara que el personal sanitari no en sigui conscient de la violència impartida no implica que aquesta no existeixi. Per tant, el fet que les dones tinguin interioritzada la violència, com en aquest cas la de tipus obstètric, és fruit de la submissió que viuen dins la cultura patriarcal esmentada i els rols de gènere que ha imposat aquesta (Cohen, 2016).

Tot i això, existeixen controvèrsies pel que fa a aquesta relació a Espanya, sobretot arran de la definició que del terme violència de gènere. Cal tenir en compte, que segons

l'article 1.1 de la *Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la Violència de Gènere* a violència de gènere és la:

manifestació de la discriminació, la situació de desigualtat i les relacions de poder dels homes sobre les dones, s'exerceix sobre aquestes per part de qui són o hagin estat els seus cònjuges o de qui estan o hagin estat lligats a elles per relacions similars d'afectivitat, fins i tot sense convivència (p.10).

Si ens regim per aquesta definició la violència obstètrica no pot ser definida com a violència de gènere, ja que no hi ha una relació sentimental entre la pacient i el personal sanitari. És per aquest motiu que diverses autores prefereixen utilitzar el concepte de violència masclista, el qual segons la *Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista de la Generalitat de Catalunya*, article 3, es defineix com “a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones” (p.32). Per tant, contempla tota aquella manifestació de discriminació sense tenir en compte el tipus de relació existent entre la persona que la realitza i la dona.

Per altra banda i pel mateix motiu que s'utilitza el de “violència masclista”, tampoc és estrany l'ús del concepte “violència contra les dones”, ja que tal com es defineix en la Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona de les Nacions Unides (1993) inclou:

tot acte de violència sexista que tingui com a resultat possible o real, un dany físic, sexual o psíquic, incloses les amenaces, la coerció o la privació arbitrària de llibertat, ja sigui a la vida pública o a la privada.

A més, en aquesta mateixa declaració s'identifiquen diversos drets de les dones, alguns dels quals es poden veure vulnerats fruit dels actes identificats com a violència obstètrica:

dret a la vida, dret a la igualtat; dret a la llibertat i la seguretat de la persona; dret a una igual protecció davant la llei; dret a veure's lliure de totes les formes de discriminació; dret al major grau de salut física i mental que es pugui aconseguir; dret a condicions laborals justes i favorables; dret a no ser sotmesa a tortura, ni a altres tractes o penes cruels, inhumans o degradants.

Per tant, si s'analitza des d'una perspectiva de gènere tota la problemàtica que engloba el concepte de violència obstètrica, aquesta és identificada com a violència contra les dones i/o violència masclista pel fet que existeix una vulneració dels seus drets quan aquesta és exercida.

3.2.5. Marc legislatiu

Tal com s'ha fet esment a l'apartat anterior del document la violència contra la dona està vinculada amb la violència obstètrica. Però en l'àmbit legislatiu no s'especifica ni es reconeix aquesta problemàtica dins les lleis referents a la violència contra la dona, la violència de gènere o la violència masclista, no almenys en la gran majoria països. Concretament, Espanya és un dels països que no reconeix la violència obstètrica a l'àmbit legislatiu. En la *Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la Violència de Gènere*, tal com s'ha comentat l'apartat 3.2.4. *La tipologia de la violència*, no es té en compte la violència contra les dones per part o dins del sistema sanitari. A més, una característica de la llei que cal fer esment, és el fet de que implementa mesures per formar al personal sanitari envers l'obtenció de proves i detecció de casos on s'identifiqui violència de gènere, i en l'aplicació de la llei, així com mesures de sensibilització per l'atenció a les víctimes. Però en totes aquestes intervencions no es contempla que aquesta pugui ocórrer per les funcionàries del sistema sanitari.

Pel que fa a la *Llei 41/2002, del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica* tampoc es fa menció de la violència obstètrica però s'identifiquen els drets que són vulnerats quan el personal sanitari realitza aquest tipus d'acte. És a dir, la vulneració del dret a la informació assistencial, al consentiment informat i a la intimitat.

Seguint en la mateixa línia, la *Llei Orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal* tampoc contempla la violència obstètrica, però sí els actes individuals o les praxis que diverses autores defineixen com a tal. Per exemple, estan penalitzats els danys que es pugui provocar al fetus, les imprudències en diversos graus, produir l'avortament sense consentiment i altres delictes que puguin cometre els professionals del sistema sanitari. Fet que perpètua el no reconeixement de la violència obstètrica com una problemàtica social sinó com un acte puntual.

Pel que fa al marc legislatiu de la comunitat autònoma de Catalunya, aquests actes tampoc són identificats com a violència obstètrica però anirien en contra de les finalitats del Servei Català de la Salut que enumera la *Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya*. Entre elles a l'article 6 identifica, "*la humanització dels serveis sanitaris*,

mantenint el màxim respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual i la millora i el canvi progressiu cap a la qualitat i la modernització dels serveis”(p.6).

Tampoc s'identifica en el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (Document marc)*, ni en el *Document operatiu d'embaràs* d'aquest mateix, que realitza el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. De fet, es pot observar que està molt enfocat en l'àmbit de parella o familiar, i no tant en altres àmbits. Tot i això, el Departament de Salut ha tornat a publicar l'any 2020 el *Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya* incorporant la perspectiva de gènere en el marc de la intervenció per part del sistema sanitari durant l'embaràs, el part i el puerperi, i amb l'objectiu de:

garantir la igualtat de drets al marge de l'orientació sexual o la identitat de gènere; respectar les voluntats de la dona expressades al Pla de naixement; sol·licitar el consentiment informat de la dona abans de cada prova o procediment; disminuir el percentatge i la variabilitat de la cesària; fer la primera visita postpart a domicili, com a primera opció; detectar precoçment la depressió postpart; protegir les mares víctimes de violència masclista; detecció de l'exposició al fum ambiental del tabac; prevenir la síndrome de l'infant sacsejat i avaluar el risc d'augment de la bilirubina en sang dels nadons i fer la prova de cribratge de cardiopaties congènites crítiques (§1).

També defensa l'ús de l'instrument anomenat *Pla de Naixement*, un document elaborat entre les 26 i 28 setmanes de gestació, on la dona expressa les “*voluntats, desitjos i expectatives sobre l'atenció que vol rebre en el moments del naixement de la seva criatura*” (p.21). A més s'afirma que és “*una eina que dóna l'oportunitat a cada professional sanitari de conèixer millor les voluntats expressades en el pla de naixement i d'entendre els seus sentiments i prioritats*”(p.22). Tal com es pot observar, aquest protocol és un avenç important i força innovador que defineix uns objectius clars, els quals afavoreixen a l'eradicació de la violència obstètrica encara que no se'n faci ús del concepte.

No obstant, encara que actualment existeixin protocols com l'anterior a Espanya la violència obstètrica no està identificada ni penalitzada en el marc legislatiu, i molt menys reconeguda com a violència de gènere. Així doncs, des d'una perspectiva de gènere es pot afirmar que aquest fet contribueix a la perpetuació del sistema patriarcal.

Per altra banda, com s'ha fet esment a l'inici d'aquest apartat la gran majoria de països no contemplen la violència obstètrica en el marc legislatiu, però això no significa que

sigui així en tots. Per exemple, països com Veneçuela, Mèxic o Argentina sí reconeixen la violència obstètrica dins les lleis per prevenir i combatre la violència contra la dona.

Concretament, el cas de Veneçuela, primer país en tenir en compte aquesta tipologia de violència en el marc legislatiu de la *Llei Orgànica sobre el dret de les dones a una vida lliure de violència*, tal com apareix a l'article 15, on es defineix com una de les formes de violència en contra les dones. Així doncs, aquesta llei defineix la violència obstètrica com a:

l'apropiació del cos i processos reproductius de les dones per personal de salut, que s'expressa en un tracte deshumanitzador, en un abús de medicalització i patologització dels processos naturals, portant amb si pèrdua d'autonomia i capacitat de decidir lliurement sobre els seus cossos i sexualitat, impactant negativament en la qualitat de vida de les dones (p.10).

A més, dicta la penalització, la qual és una multa monetària i defineix concretament quins són els actes considerats com a tal (article 51):

1.No atendre oportunament i eficaçment les emergències obstètriques.; 2. Obligar la dona a parir en posició supí i amb les cames aixecades, existint els mitjans necessaris per a la realització del part vertical; 3. Obstaculitzar l'afecció precoç de l'infant amb la seva mare, sense causa mèdica justificada, negant-li la possibilitat de carregar-lo o carregar-la i alletar-lo o alletar-la immediatament al néixer; 4. Alterar el procés natural del part de baix risc, mitjançant l'ús de tècniques d'acceleració, sense obtenir el consentiment voluntari, exprés i informat de la dona; 5. Practicar el part per via de cesària, existint condicions pel part natural, sense obtenir el consentiment voluntari, exprés i informat de la dona.

En el cas de Mèxic, la *Llei de Dret de la Dona a una Vida Lliure de Violència* i la *Llei d'Igualtat entre Homes i Dones*, s'inclouïa la violència obstètrica com una tipologia de violència contra les dones, però l'any 2019 van modificar aquestes lleis i va deixar de ser-hi present. Tot i així, es va afegir el terme i es va penalitzar a la reforma de la *Llei General de Salut*, en la qual s'afirma que la dona ha de ser tractada amb: *consentiment informat, garantint en tot moment la seva plena voluntat, llibertat i confidencialitat, de conformitat amb les altres disposicions jurídiques aplicables*.

Per últim, en el cas d'Argentina, la *Llei 26.485: Llei de protecció integral per prevenir, sancionar i radicar la violència contra les dones en els àmbits en què desenvolupin les seves relacions interpersonals*, també utilitza una definició semblant a la de Veneçuela i Mèxic. A més, afegeix a l'article 11 que el Ministeri de Salut del mateix país ha de:

Dissenyar protocols específics de detecció precoç i atenció de tot mena i tipologia de violència contra les dones, prioritàriament en les àrees d'atenció primària de salut, emergències, clínica mèdica, obstetrícia, ginecologia, traumatologia, pediatria, i salut mental, que especifiquin el procediment a

seguir per a l'atenció de les dones que pateixen violència, protegint la intimitat de la persona assistida i promovent una pràctica mèdica no sexista.

En conclusió, els únics països que han inclòs el concepte de violència obstètrica en les seves respectives legislacions la tipifiquen com a violència de gènere. Aquest fet promou un reconeixement de la problemàtica i una declaració d'intencions per abolir els actes masclistes.

A part, també hi ha autores que proposen que la via penal no és ni la més adient ni efectiva per l'abolició (Goberna i Boladeras, 2018). Aquesta afirmació es basa, com exposa Sadler (2016), en el fet que els països d'Amèrica Llatina comentats encara que compten amb una legislació al respecte, al mateix temps se situen la regió del món on es concentren les taxes més altes de cesàries del món. Així doncs, una altra pregunta que s'afegeix en aquesta problemàtica té a veure amb quines són les mesures més efectives per no seguir perpetuant actes que vulnerin els drets de les dones.

3.3. Treball social sanitari i la violència obstètrica

3.3.1. Treball social sanitari: la disciplina i les seves funcions

L'evolució del significat del concepte salut ens posa davant el pas d'un paradigma biomèdic a un paradigma biopsicosocial en l'àmbit de la salut que va tenir lloc al segle XX. Aquest fet va ser un abans i un després pels diagnòstics dels pacients, un canvi que resumidament va implicar que no només es tinguessin en compte els factors biològics a l'hora d'afrontar les malalties i aplicar els tractaments, sinó també els psicològics i socials. Però també va implicar que fos una força motriu per introduir formalment la disciplina del treball social en l'àmbit sanitari (Velázquez, 2009).

Més concretament, l'any 1917 una de les pioneres del treball social, Mary E. Richmond en la seva obra anomenada *Diagnostic social*, fa referència a l'origen d'aquesta especialització del treball social citant com el seu impulsor al doctor Richard C. Cabot, ajudat per la treballadora social Ida M. Cannon. Específicament, l'any 1905 el doctor Cabot va crear el primer departament de servei social en un hospital, concretament a l'Hospital General de Massachusetts, arran de la necessitat d'introduir la mirada social en el diagnòstic de la persona, ja que el doctor afirmava que les metgesses no obtenien i que les treballadores socials sí (Richmond, 2005; Colom, 2008).

Fruit d'aquesta unió entre la medicina i el treball social i els beneficis que va comportar, altres hospitals van incorporar la figura de la treballadora social en els seus serveis. A més, es va generar tota una reflexió teòrica al voltant d'aquesta especialització, fins a construir progressivament allò que actualment anomenem treball social sanitari.

Respecte a les funcions atorgades a la treballadora social sanitària pel doctor Cabot (1905) aquestes eren “*ajudar a socialitzar la medicina, actuar de traductor entre el metge i el pacient i la seva família, i proporcionar informació sobre els factors socials i mentals*” (Citat per Sánchez, 2015:56). Aquestes funcions encara que s'identifiquen en un espectre molt general, són la base d'aquelles més específiques que es definirien més tard. Per exemple, les que defineix Díaz (2003), segons les quals la treballadora social té implicació directa amb el diagnòstic i tractament de la persona, orienta l'equip, la persona, la família i l'entorn en els recursos sanitaris i socials. Així doncs, l'atenció no se centra exclusivament amb el pacient i la família, com definia Cabot, sinó que també es tenen en compte els diferents sistemes que envolten la persona. Tot i això, existeixen altres funcions més específiques que s'identifiquen com a pròpies del treball social sanitari, com les que defineix Bracht (1983) :

l'ajuda en l'elaboració del dol; la intervenció de crisi en les cures de malalts aguts davant determinades malalties; el foment i el suport als grups d'ajuda formats per persones amb diagnòstics mèdics específics (diabetis, insuficiència renal, AVC o altres); el suport, l'educació i la promoció de conductes sanes per mantenir la salut guanyada amb el tractament mèdic; la planificació de l'alta sanitària; el disseny i aplicació de programes preventius (Citat per Colom, 2010:110).

Exactament aquestes funcions que defineix Bracht també són compartides per Lima (2017:18), Secretaria d'Estat de Serveis Socials del Govern d'Espanya i expresidenta de la Federació Europea de Treball Social, la qual remarca la importància de “*l'atenció domiciliària, l'atenció a persones menors de 65 anys, de la prevenció i la participació i la interoperabilitat entre els sistemes social i sanitari pel que fa a la informació i la gestió*”.

Una manera senzilla i aclaridora de definir les funcions que actualment realitza la treballadora social sanitària és la que utilitzen Abreu i Mahtani (2018) en el seu estudi basant-se en el *Document Marc: Rol professional de Treball Social en l'atenció primària de salut i en la Instrucció n° 3/06* de la comunitat autònoma de Canàries, organitzant en cinc àrees les funcions en l'atenció primària. Es tracta de funcions que són identificades en els diversos protocols, programes i documents del Servei Canari de Salut d'entre el 1988 i el 2008. Concretament, les cinc àrees de les funcions del treball social sanitari són *l'atenció*

directa; el suport social; la promoció de la salut i la participació comunitària; la investigació i docència, i altres rols. Aquestes es poden veure reflectides, resumidament, en la *Taula 2* dels Annexes.

Encara que les funcions que s'especifiquen en l'anterior estudi fan referència al Servei Canari de Salut, totes elles són similars a les que defineix l'Institut Català de la Salut. Aquest defineix que el rol del professional és atendre de forma individual, familiar i comunitària per “*millorar l'entorn social desfavorable que interfereix negativament en un problema de salut*”(§1). També identifica com a funcions generals aplicar aquelles eines pròpies del treball social; ajudar a la persona i el seu entorn en l'adaptació a la situació que es viu després de la malaltia; la promoció i prevenció; la coordinació i el treball amb l'equip multidisciplinari per oferir una atenció psicosocial al llarg de la malaltia i garantir una continuïtat en els diferents nivells assistencials, entre d'altres (Institut Català de la Salut. Atenció Primària Girona, 2020).

Per tant, com es pot observar, les funcions de la treballadora social sanitària, igual que la seva mateixa disciplina, s'han anat especialitzant per poder oferir l'atenció biopsicosocial que van projectar en els seus inicis el doctor Richard Cabot i Ida M. Cannon en aquell primer servei.

3.3.2. Treball social sanitari i la relació amb els processos reproductius

De manera paral·lela a les funcions generals, depenent de la problemàtica també s'atribueixen funcions especialitzades a les treballadores socials. En el cas dels processos reproductius de les persones s'identifiquen diverses funcions, encara que la gran majoria d'elles, i les que identifiquen les autores, se centren en l'etapa de la maternitat. Per exemple, segons *The National Association of Perinatal Social Workers* (2016), parlant de les funcions que realitza el treball social per respondre a les problemàtiques psicosocials durant l'embaràs, part i puerperi apunta les següents:

1. Treballar amb les dones i les famílies per avaluar els seus punts forts i febles a mesura que s'apropen a la criança;
2. Millorar els efectes dels reptes psicosocials i mèdics treballant directament amb la dona i la família, alhora que els ajuda a accedir a serveis de suport a llarg termini quan sigui necessari;
3. Ajudar en la creació de relacions paterno/maternofilials sanes;

4. Defensar la dona i la seva família en l'àmbit assistencial i en la comunitat (The National Association of Perinatal Social Workers, 2016: §4).

Relacionant les funcions que especifica l'anterior associació, Ana María Rodríguez (2018) defineix unes funcions més concretes depenent de la situació i/o problemàtica, on la intervenció social és present durant els diversos processos reproductius de les dones. A través del suport social, l'atenció directa, la promoció de la salut i la prevenció en la xarxa comunitària l'autora identifica les següents funcions: la realització de tallers grupals de preparació al part i la maternitat, en els quals la treballadora social treballa qüestions *“sociolaborals i de conciliació familiar, registre del menor, inclusió en seguretat social o anàlegs, prestacions bàsiques existents”* (p.10). Pel que fa, a l'atenció directa i la promoció de la salut la treballadora social realitza una intervenció psicosocial saludable en l'embaràs i una intervenció social en la criança, en la qual la seva funció consisteix en treballar qüestions que generen incertesa, conjuntament amb estrès i ansietat, al llarg de l'embaràs i la criança, també en realitzar l'acompanyament i l'assessorament sobre els recursos econòmics, sanitaris, educatius i socials, que estan a l'abast.

Més específicament, l'autora indica que en la intervenció social hospitalària, la treballadora social es centra en la prevenció i promoció de la salut tant de la mare com de l'infant, però també en la detecció dels indicadors de risc social de la família per tal que així es pugui abordar la problemàtica des de l'atenció primària o altres serveis. A més, realitza funcions relacionades amb la investigació, la docència i la coordinació amb els centres primaris.

En relació amb la interrupció involuntària de l'embaràs i la voluntat de donar el nadó en adopció, la treballadora social té la funció d'assessorar, informar i orientar sobre aquests dos processos. També en la intervenció social durant l'embaràs en l'adolescència té la funció de prevenir a través de l'atenció directa i l'assessorament al llarg de l'embaràs i a posteriori per afrontar les dificultats sorgides. Cal tenir en compte, que tal com afirma Rodríguez (2018:13), *“les repercussions socioculturals de l'embaràs a una edat primerenca solen afectar el fracàs o dificultats per completar el cicle educatiu, dificultat per a l'accés laboral, dificultats econòmiques, aïllament social, condicions de benestar inferiors, etc”*.

Una altra funció que s'ha introduït en els últims anys, és la prevenció, la identificació, i la intervenció, tal com indiquen els protocols i conjuntament amb l'equip multidisciplinari, en infants de risc que puguin o hagin patit mutilació genital femenina. Per últim, i no menys

important, una funció que identifica Rodríguez (2018) és la intervenció davant el dol per la pèrdua del nadó. A través d'un model d'intervenció en crisi es procura l'acompanyament davant els sentiments dolorosos i en les fases del dol.

Així doncs, tal com s'afirmava anteriorment, existeix un rang ampli de funcions que pot complir la treballadora social sanitària al llarg de la maternitat, i també de la paternitat. Tot i això, no es defineixen funcions davant les problemàtiques que puguin sorgir amb el sistema sanitari al llarg dels processos reproductius, com per exemple la violència obstètrica.

Actualment, un programa de la comunitat autònoma de Catalunya que s'acostaria a grans trets a les funcions esmentades anteriorment és el Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). En aquest servei, tal com defineix l'Institut Català de la Salut, es realitzen activitats com:

l'orientació i planificació familiar; l'atenció específica i confidencial als joves; el control i seguiment de l'embaràs; l'atenció maternoinfantil; la prevenció i assistència de malalties de transmissió sexual; la prevenció i diagnòstic precoç del càncer ginecològic i de mama; l'atenció a la menopausa; la prevenció i assistència a les malalties ginecològiques en general; l'atenció a grups o persones d'especial vulnerabilitat i el suport psicològic en salut sexual i reproductiva (Institut Català de la Salut, 2020: §1).

Aquest servei és directament gestionat per cada Centre d'Atenció Primària (CAP), així doncs els equips que el conformen són diferents entre poblacions. En general aquests estan formats per llevadores, ginecòlogues, obstetres, infermeres, psicòlogues i administratives, però en alguns CAPs també és present la figura de la treballadora social, com és el cas del servei ASSIR del Bages - Solsonès. En el *Blog de Treball Social d'ICS* (2017), Meritxell Puig treballadora social d'aquest servei, defineix que una de les seves tasques se centra en l'atenció directa davant de les demandes d'assessorament respecte a:

a l'avortament, l'adopció, i s'acull, es clarifiquen i es valoren diferents situacions psicosocials en relació a la salut sexual i reproductiva, sovint d'urgència, com l'atenció de les situacions socials conflictives (maltractaments tant de dones com d'homes), abusos sexuals i diferents situacions de risc social realitzant la coordinació i derivació necessària que cada situació requereixi (§3).

També, realitza formació de les professionals del servei sanitari per aconseguir la sensibilització davant la violència de gènere, la mutilació genital femenina i el maltractament prenatal. A més, prepara i fa xerrades dirigides a la comunitat i a diversos col·lectius al voltant dels temes assenyalats anteriorment, entre d'altres. Per últim, es realitzen programes, protocols i grups de suport per col·lectius específics com treballadores sexuals, embarassos en

dones joves, persones trans- (sexuals i/o gènere), etc (Blog Treball Social Sanitari ICS, 2017:§7).

Així doncs, tal com es pot observar la treballadora social en l'equip ASSIR realitza les funcions definides com a atenció directa, suport social, promoció de la salut i participació comunitària, investigació i la coordinació amb els altres membres de l'equip per una assistència més productiva i biopsicosocial. Tot i això, al ser ambulatori aquest servei no es troba en els hospitals, fet contraproductiu, ja que és on les dones donen llum i on generalment es concentren més males praxis identificables com violència obstètrica.

Per altra banda, si tenim en consideració que la violència obstètrica és violència masclista, la figura de la treballadora social sanitària és present en diversos casos, tal com s'especifica en el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* i en el *Document operatiu d'embaràs* del mateix protocol, que entren en funcionament quan la dona presenta indicadors de sospita però manifesta no patir violència, quan la dona afirma patir violència, es trobi (o no) en perill extrem, i quan la dona pateix una agressió sexual. No obstant, com s'ha comentat en l'apartat 3.2.5. *Marc legislatiu* en aquests protocols no es fa referència explícita a la violència masclista que es pugui patir per part del personal sanitari. Així doncs, la treballadora social entra en escena si és necessari i amb el consentiment de la dona, en el moment que es detecten situacions de risc psicosocials. La treballadora social té la funció d'acompanyar-la i donar-li suport en la tria de decisions, informar sobre els seus drets, mesures legals i recursos de suport existents, així com realitzar la coordinació amb altres serveis com cossos de seguretat o Servei d'Informació i Atenció a les Dones.

També, com en la salut sexual i reproductiva, la treballadora social realitza formació sobre la violència masclista, participa en l'elaboració i disseny de programes, protocols i campanyes de prevenció dirigides a la població. Apart, també realitza memòries sobre els casos atesos per visibilitzar la problemàtica de la zona (Blog del Treball Social sanitaris del ICS, 2017).

En conclusió, com es pot observar la figura de la treballadora social sanitària és present tant en els processos reproductius de les dones com en les situacions de violència masclista. Tot i això, quan aquestes dues variables s'uneixen com és en la violència obstètrica, no s'especifica quin és el seu paper ni si existeix una intervenció biopsicosocial per abordar la problemàtica.

3.3.3. Intervencions davant la violència obstètrica des del treball social sanitari

Actualment, en l'àmbit sanitari del treball social no s'està efectuant cap funció, programa, protocol o "estratègia" envers la intervenció en casos de violència obstètrica. Tot i així, no significa que no sigui necessària la seva presència, ja que per una banda cal tenir en compte que la violència obstètrica és una vulneració dels drets sexuals i reproductius de les dones i dels drets humans, i per l'altra que les treballadores socials tenim la responsabilitat d'informar, denunciar i contribuir a una correcta observació d'aquests (Rodríguez, 2018; Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2000). Per tant, a continuació es fa un recull de les possibles solucions i/o aportacions des de la intervenció del treball social.

Primer de tot, cal recordar que com s'ha especificat anteriorment una de les possibles propostes d'intervenció passa per incloure en el marc legislatiu la problemàtica amb la intenció de visibilitzar i reconèixer la gravetat de la situació, però també per penalitzar les persones que executin aquesta mala praxi, alhora que fomentar els recursos i serveis per tal que les persones que puguin viure o hagin viscut una situació de violència obstètrica tinguin la possibilitat de reconèixer-la i defensar-se. Però tal com s'ha fet esment, hi ha altres propostes d'intervenció que es poden o podrien dur a terme des del treball social.

Una d'elles és l'atenció directa per donar suport i acompanyar la persona, a través de la pràctica de l'escolta activa, encara que des del sistema sanitari no es reconegui la violència obstètrica. També és important respectar i no qüestionar la persona, en si els actes denunciats són verídics o no, ja que si no el vincle en una situació tan complexa serà més difícil o fins i tot impossible de construir. És a dir, s'ha de crear un espai de seguretat on la dona pugui expressar-se lliurement, un espai que on es realitzi un "*acompanyament en les decisions, o si hi ha dubtes mostrar el ventall de possibilitats que existeixen. Acompanyar en les decisions que pren la persona*", tal com afirma la treballadora social 3 entrevistada l'11 de maig del 2020 (T.S.3). A més, no només es tracta d'oferir aquest espai quan existeix una demanda explícita per part de la dona, sinó que es pot estendre als diversos àmbits on la figura de la treballadora social sigui present, perquè, tal com diu la treballadora social 1 entrevistada el 7 de maig del 2020 (T.S.1):

el que està en les meves mans és preguntar pel part, l'al·letament, com va viure el postpart, si hi havia gent que l'acompanyava, com es va sentir,... i sé que això és molt necessari per una dona perquè hi

ha gran necessitat de compartir [...]. M'interesso perquè crec que ajuda a la dona a col·locar això (referint-se a l'experiència), i més quan hi ha hagut situacions traumàtiques.

Relacionat amb aquest espai de seguretat, una altra proposta d'intervenció és la realització de grups com els que ofereix el servei ASSIR, però des d'una vessant més psicosocial i no tant biològica. Moltes vegades aquests grups se centren en una metodologia on la formació està en un primer pla, i el suport i l'acompanyament entre les dones en un segon. Per tant, aquests grups, conduïts per la treballadora social, tal com afirma la treballadora social 2 entrevistada l'11 de maig del 2020 (T.S.2), ajuden a *“que si tens la possibilitat de compartir-ho (les experiències) amb altres dones, tot sigui molt més fàcil”*. Així com remarca la T.S.1:

És bo escoltar-se entre elles. Moltes dones se senten culpables de com ha anat el part perquè tenen el nen en braços i pensen: “jo perquè m'he d'estar lamentant per això”, i és important que vegin que altres dones els hi ha passat el mateix i que és una experiència “robada” (referint-se a una mala experiència deguda a la mala praxi durant el part).

A més, seria més productiu si els grups de suport no només es fessin durant l'embaràs, sinó en tots els processos reproductius, així com, que la participació en els grups de suport durant l'embaràs fos abans i no només, els quatre mesos anteriors a donar a llum, per així afrontar les pors i l'estrès que es genera al llarg d'aquesta etapa des del principi. Al mateix temps, valdria la pena no finalitzar el grup després del naixement del nadó, sinó que aquest tingui continuïtat durant el postpart, fet que proporcionaria a la dona un espai on compartir les experiències relacionades amb les males praxis viscudes durant el part i el període post-part. A més a més, estem davant d'uns grups on també es podrien realitzar funcions relacionades amb la promoció de la salut i més preventiva, on s'expliquessin les possibles situacions o vivències i que s'ajudés a preparar-se per les diverses etapes. Ara, tal com afirma la T.S.2, *“a lo millor no serà com la dona ha pensat (referint-se al part) però ajudarà a preparar-se d'una altra manera. Com a mínim ser més conscient de les possibles problemàtiques”*. Això ajudaria a realitzar un procés d'empoderament davant les possibles males praxis que puguin patir-se, o si menys no ajudar a qüestionar-se si comparteixen les intervencions realitzades pel personal sanitari. Aquesta intervenció es podria dur a terme, de la mateixa manera que en l'atenció directa, informant sobre els drets humans i reproductius, els protocols, recursos i serveis existents, així com informant de què és la violència obstètrica, i les seves causes i conseqüències.

Per realitzar una intervenció més eficient, el servei es podria dur a terme des de les àrees més bàsiques, és a dir, en els Centres d'Atenció Primària, ja que donaria la possibilitat que intervinguessin més persones en trobar-se en la mateixa localitat que la persona. De fet, la promoció de la salut dels processos reproductius també podria ser a través de campanyes divulgatives en els mateixos centres o en altres, com els hospitals.

Altres funcions en relació amb la prevenció i promoció de la salut seria la creació de nous protocols o la modificació dels actuals en relació amb la violència masclista. Atès que, tal com afirma la T.S.2, *“els protocols no acompanyen en tot això, no s'ajusten. Hauries de tenir la mateixa atenció depenen de la llevadora que et toqui i això no passa”*. És a dir, que els protocols incloguessin la reconeixença i el fet que la violència pot ser exercida per les professionals de l'àmbit sanitari, i també que no fossin tan centrats en l'àmbit de la parella o família.

Fins ara, totes aquestes propostes són dirigides directament a la persona o la comunitat, però on s'ha de fer gran part de la feina és amb les professionals sanitàries, ja que són les que exerceixen aquesta tipologia de violència.

Una funció que idea la T.S.3, i que ajudaria a posar de relleu la magnitud de la problemàtica, és que a les sanitàries *“se'ls hi podrien traspasar els casos que es detectin, encara que no sé si els hi agradaria o funcionaria”*. Un traspàs on s'expliquessin les experiències viscudes per les persones de forma anònima, i així realitzar un recull de totes elles. Aquesta funció tindria relació amb la responsabilitat de les treballadores socials pel que fa investigació i divulgació dirigida a la comunitat per poder treballar les problemàtiques, fent-ho de manera multidisciplinar amb les altres professionals. Tenint en compte que el concepte de violència obstètrica no està acceptat per la medicina segurament seria una tasca difícil que crearia moltes reticències, però com afirma la T.S.2 *“el concepte és clar i correcte, ja que visibilitza molt. És un terme que genera denúncia I un altre terme seria un eufemisme”*. Així doncs, visualitzar la problemàtica pel seu nom generaria més impacte i alhora podria accelerar el disseny de mesures per abolir-la.

Una altra funció que podria dur a terme la treballadora social, de manera complementària a la tasca anterior, o si no s'acceptés el recull de les experiències, seria realitzar formacions de caràcter social a les professionals. És a dir, una formació que realitzés un abordatge dels drets i deures de l'ofici, valors i principis amb els quals s'han de tractar les

persones, com la llibertat, la intimitat, el respecte, el consentiment, etc. Aquesta tasca seguiria l'objectiu d'humanitzar el servei, tal com defensa T.S.2, de tal manera:

tothom sigui conscient de com fan i com diuen. Es que al final “tu ets metge o tu ets infermera i tu ets lo que sigui”...però treballes amb persones. La comunicació ha de ser bona i a vegades les situacions també et fan perdre aquesta part més humana, i això també li cal molt al món sanitari. [...] La ciència ha d'anar acompanyada d'una mirada més holística.

Per altra banda, s'han de tenir en compte les múltiples opressions que es viuen en el sistema sanitari, i en conseqüència durant els processos reproductius, com per exemple per raons d'origen. En aquest cas, la treballadora social també podria treballar els prejudicis i estereotips tant en les respectives formacions com en el dia a dia amb l'equip multidisciplinari, per així abordar la problemàtica interseccionalment. Aquesta tasca hauria de fomentar una mirada intercultural, basada en el respecte i la comprensió a l'hora de treballar amb les persones i dissenyar les corresponents polítiques, programes o protocols.

Una última funció que seria possible dur a terme actualment, és informar a les dones sobre l'existència del Pla de Naixement. Tot i això, en aquests casos també caldria emfatitzar la intervenció social, i no només orientar l'experiència del part i naixement de manera fisiològica. Parlo per exemple d'abordar qüestions de caràcter social, com qui farà l'acompanyament durant els següents mesos, com serà la criança, si existeixen problemàtiques socials i personals que preocupin a la persona en aquesta nova etapa, etc. Realitzar aquesta intervenció ajudaria a detectar amb anterioritat factors de risc causants de diverses problemàtiques. A més, la idea seria no només idear-lo en els últims mesos de l'embaràs sinó acompanyar a la persona en la realització de les primeres passes des de l'inici de l'etapa.

Per últim, hem de tenir en compte els possibles conflictes derivats d'aquesta intervenció, ja que, tal com afirma la T.S.1, “*un pla de naixement se sent per la institució sanitària com un atac, ja que se'ls està dient com s'han de fer les coses i se senten qüestionats i jutjats. No volen perdre la posició de poder*”. D'aquesta manera, una altra funció que podria realitzar la treballadora social és informar sobre els objectius que segueix el pla i el potencial que té aquest instrument per les professionals de l'àmbit sanitari, cosa que podria ajudar a trencar les reticències envers aquest i fomentar la seva acceptació.

En conclusió, degut al no reconeixement de l'existència de la violència obstètrica tant en la medicina com en el marc legislatiu o en les diverses polítiques de la salut i la igualtat de

gènere, les funcions que podrien realitzar les treballadores socials estan molt limitades. Tot i això, totes les propostes són possibles petites-grans idees que tenen l'objectiu de vetllar pel bon tracte de les persones durant els processos reproductius i pels seus drets humans, que ha i hauria d'estar al codi deontològic del treball social en tot moment.

4. Conclusions

En primer lloc, a través de diverses fonts teòriques i entrevistes qualitatives s'han pogut comprovar les hipòtesis plantejades en el present TFG. Per una banda, s'ha demostrat que són corrents les males praxis en el transcurs dels processos reproductius de les dones, anomenades en el seu conjunt com a violència obstètrica. De fet, s'ha comprovat que encara que no s'utilitzi exactament aquest terme, arran del malestar que genera la paraula violència, sí que s'identifiquen les praxis per altres noms. Per tant, es pot afirmar que existeixen més reticències amb la manera de conceptualitzar-ho, que no pas amb la problemàtica.

Tot i això, com s'ha evidenciat des de l'inici del treball, el no-reconeixement i la no-concreció sobre aquestes pràctiques és present. Primer de tot, en la comunitat de les ciències de la salut, dins la qual és nul o quasi nul, fet que perpetua la vulneració dels drets humans i sexuals de les dones que pateixen aquestes pràctiques. Per altra banda, en la diversitat de les teories sobre la causa i/o tipologia de violència amb la qual s'identifica la violència obstètrica. Malgrat tot, si s'analitza la problemàtica des de la perspectiva de gènere, que inspira aquest treball, i tenint en compte la metodologia androcèntrica present en aquestes ciències, existeixen clarament similituds entre la violència masclista i la violència obstètrica.

Per últim, en la manca de recursos en el marc legislatiu i administratiu de la Comunitat Autònoma de Catalunya i en l'Estat espanyol.

Tanmateix, davant del deure que les professionals del treball social hem de vetllar pels drets humans, i per les funcions i rol que desenvolupem dins l'àmbit sanitari, considero que no només és factible el nostre paper davant la problemàtica analitzada, sinó que a més a més és necessari. Així doncs, també es pot afirmar que ha sigut comprovada la segona hipòtesi plantejada.

Com s'ha pogut observar, entre les funcions generals i especialitzades en relació amb els processos reproductius de les dones que actualment realitzen les treballadores socials sanitàries no es contempla ni treballa la violència obstètrica com a problemàtica. De fet, les treballadores socials entrevistades defensen la necessitat d'investigar i intervenir davant

d'aquestes realitats, ja que identifiquen una manca d'acompanyament al llarg d'aquestes etapes.

Res d'això vol dir que la intervenció sigui nul·la, ja que s'han pogut identificar diverses intervencions realitzades al llarg de la maternitat, les quals també podrien ser aplicades per tractar la violència obstètrica. No obstant, el que sí és realment necessari i manca totalment és una intervenció directa amb les professionals que realitzen aquestes praxis. Així doncs, encara que la transcendència de la intervenció no sigui a gran escala, es pot aportar un granet de sorra per “abolir” la problemàtica des de la nostra disciplina.

Per últim, m'agradaria fer una anàlisi personal sobre la realització del treball. En ser una problemàtica d'una naturalesa tan complexa, sintetitzar tot allò que l'envolta ha sigut a vegades una tasca difícil, i en certs moments les característiques del mateix TFG han fet que no pogués aprofundir tant com m'hagués agradat.

Sens dubte, la pandèmia del Covid-19 ha suposat diverses limitacions en l'elaboració d'aquest, quelcom que he notat especialment en dos aspectes: el canvi en la tipologia del treball i la impossibilitat d'utilitzar cites bibliogràfiques extretes de llibres.

Tot i això, tenint en compte com he gaudit i après realitzant-lo, puc afirmar que ha sigut un gran encert triar aquesta temàtica. Per aquest motiu m'agradaria agrair especialment a les treballadores socials que han enriquit el treball amb les entrevistes; al tutor per ajudar-me a trobar inspiració per triar-lo i pel suport al llarg de la realització d'aquest; i per últim a tots els éssers estimats per l'acompanyament i l'ajuda emocional en els moments més difícils. També, m'agradaria agrair a totes aquelles dones que a través de les diverses cites bibliogràfiques utilitzades han explicat les seves experiències, i per altra banda aquelles que a través de la lluita feminista han posat llum sobre la problemàtica social que s'amaga darrere la violència obstètrica.

5. Bibliografia

5.1. Bibliografia i webgrafia

Abreu, M. C., & Mahtani, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en Atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31(2), 355–368. Recuperat de <https://doi.org/10.5209/cuts.54560>

Alcaraz, M. Á. (2005). Las mujeres en las ciencias de la salud. *Revista Dikaiosyne*, 1, (1) 164–175. Recuperat de <https://doi.org/10.5377/alerta.v1i1.6593>

Associació de dones Periodistes. (2014). Salut i dones, diferència i desigualtat. *Dossier Dones*, 44(1–48). Recuperat de http://www.adpc.cat/new_site/wp-content/uploads/2014/07/Rev_DONES_44.pdf

Badimon Trias, M., & Montserrat. (2015). *El procés de final de vida dins l'ètnia gitana: un repte infermer*. Recuperat de <http://www.recercat.cat/handle/2072/318487>

Belli, L. (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/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Berzaín, M. C., & Camacho, L. A. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Revista Científica Ciencia Médica*, 17(2), 53–57. Recuperat de http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf

Blundell, J. (1834). *The principles and practice of obstetricy: as at present taught*. London:Lancet. Recuperat de https://books.google.es/books?id=P2CqxwSyTW8C&pg=PA97&lpg=PA97&dq=The+principles+and+practice+of+obstetricy,+as+at+present+taught+by+James+Blundell+citation&source=bl&ots=rw8nBx6cTg&sig=ACfU3U0VAPg5sp_waS_YceVc5jFoo7lHuw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjE6a2Z4vboAh

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, *12*(6), 1–32. Recuperat de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Boladeras, M. (2019). Violencia institucional por incumplimiento. *Musas*, *4*(1), 60–76. Recuperat de <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.4>

Borberg, C. (2005). Ventosa obstétrica. In *Fertilab*. (43) Recuperat de http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_43.pdf

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth [Harvard School of Public Health University Research Co., LLC]. In *USAID*. Recuperat de https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf

Camps, M. (2017). Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. *MUSAS: Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, *2*(1), 57–85. Recuperat de <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num1.4>

Casal-Moros, N., & Alemany-Anchel, J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto: Un acercamiento desde la perspectiva de bourdieu. *Index de Enfermería*, *23*(1–2), 61–64. Recuperat de <https://doi.org/10.4321/s1132-12962014000100013>

Cohen, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, *39*, 231–247. Recuperat de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>

Colom, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 14–25. Recuperat de http://directivos.publicacionmedica.com/IMG/pdf/dolors_colom_articulo.pdf

Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, (47), 109–119. Recuperat de http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Trabajo_social_sanitario_del_sistema_sanitario.pdf

Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370(9593), 1153–1163. Recuperat de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)

De Aguiar, J. M., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 29(11), 2287–2296. Recuperat de <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

Díaz Herráiz, E. (2003). Los ámbitos profesionales del trabajo social. En Fernández García, T. y Alemán Bracho, C. (Coords.). *Introducción al Trabajo Social* (pp. 515-554). Madrid: Alianza. Recuperat de <http://biblioteca.iplacex.cl/RCA/Los%20%C3%A1mbitos%20profesionales%20del%20trabajo%20social.pdf>

El blog del Treball social sanitari del ICS. (2017). *Treball social sanitari en l'atenció a la salut sexual i reproductiva*. Recuperat de <https://treballsocialsanitariics.wordpress.com/2017/04/12/treball-social-sanitari-en-latencio-a-la-salut-sexual-i-reproductiva/>

El parto es nuestro. (2020). *Observatorio de la Violencia Obstétrica*. Recuperat de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>

Epdata. (2019). *Número de cesáreas practicadas en España y datos y estadísticas sobre partos*. Recuperat de

<https://www.epdata.es/datos/partos-madrid-barcelona-valencia-sevillas-otras-ciudades-datos-estadisticas/490>

Fernández, J. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18(18), 7–31. Recuperat de http://scholar.google.es/scholar_url?url=https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS0505110007A/7582&hl=es&sa=X&scisig=AAGBfm1qLpHSSStMIDfb-1ex4YNr414bk7Q&nossl=1&oi=scholarr

- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3–20. Recuperat de <https://terceridad.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/10/Foucault-M.-El-sujeto-y-el-poder.pdf>
- Gérvás, J. (2015). *La expropiación de la salud*. Los Libros del Lince. Recuperat de https://discovery.udg.edu/iii/encore/record/C__Rb1370924?lang=cat
- Goberna Tricas, J. & Boladeras i Cucurella, M. (2018). *El Concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid:Editorial Tecnos.
- González, J. A., & Suarez, G. A. (2017). Violencia obstétrica por parte del personal de salud . Revision sistematica 2000-2016. [Universidad Nacional de Colombia]. Recuperat de [http://bdigital.unal.edu.co/57597/1/Violencia obstetrica por parte del personal de salud Revision sistematica 2000 - 2016.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/57597/1/Violencia%20obstetrica%20por%20parte%20del%20personal%20de%20salud%20Revision%20sistematica%202000%20-%202016.pdf)
- Gran Enciclopèdia Catalana. (n.d.). *Andocentrisme*. Recuperat de <https://www.enciclopedia.cat/ec-gec-0516864.xml>
- Hernández, D., Ramírez, M. L., Pichardo, M., Moreno, J. A., Rodríguez, M. & Contreras, N. A. (2012). Complicaciones maternas y neonatales secundarias a parto vaginal instrumentado con fórceps. *Revista de Investigación Médica Sur*. 19(2), 52–55. Recuperat de http://radiologiaeimagen.medicasur.com.mx/pdf-revista/Revista_Investigacion_Medica_2012-2.pdf#page=4
- Institut Català de la Salut. Atenció Primària Girona. (2020a). *Atención a la mujer*. Recuperat de <https://www.icsgirona.cat/es/contenido/primaria/655>
- Institut Català de la Salut. Atenció Primària Girona. (2020b). *Treball Social Sanitari*. Recuperat de <http://www.icsgirona.cat/ca/contingut/primaria/377>
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–4. Recuperat de <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>

Kennedy, H., Beck, C., & Driscoll, J. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Matronas Profesión*, 4(13), 4–18. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125964>

Laínez, L. (2011). Emociones que nos rompen: ansiedad y depresión. Ansiedad y estrés en el parto y depresión postparto. *Crítica*, (974), 25–29. Recuperat de http://www.revista-critica.com/administrator/components/com_avzrevistas/pdfs/e80b23dbdec d08c1871d57a0507c0554-974-Emociones-que-nos-rompen-ansiedad-y-depresi--n---jul.ago.2011.pdf

Lima, A. I. (2017). Trabajo Social ante la estrategia de Coordinación y atención sociosanitaria. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (19), 7-20. Recuperat de https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_revista-actas-19.pdf

López, C. E., Arámbula, J., & Camarena, E. E. (2014). Oxitocina , la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Ginecol Obstet Mex*, 82(7), 472–482. Recuperat de http://www.comego.org.mx/formatos/Revista%20de%20GO%20de%20M%C3%A9xico/2014/julio_2014.pdf

Martínez Morante, E. (2008). Un aposento para el fantasma: el androcentrismo en Medicina. *El Genio Maligno: Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 3, 1–27.

Mazzoni, A., Althabe, F., Liu, N. H., Bonotti, A. M., Gibbons, L., Sánchez, A. J., & Belizán, J. M. (2010). Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(4), 391–399. Recuperat de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21134103/>

Miranda, M. D., Bonilla, A. M., & Rodríguez, V. (2015). Depresión postparto. *TRANCES: Revista de Transmisión Del Conocimiento Educativo y de La Salud*, 7(3), 499–508. Recuperat de http://www.trances.es/papers/TCS_07_3_10.pdf

Montes, M. J. (2008). ¿Por qué no me dejaron? Experiencias de las mujeres en sus partos. *Cuestiones de Género*, (3), 275–290. Recuperat de <http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view/3834/2710>

Oh!Mamiblu. [Fotografia]. (22 de maig del 2020). Recuperat de <https://www.instagram.com/p/CAfLiPOK-ws/?hl=es>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Los determinants sociales de la salud. Los hechos probados. Los hechos probados. Segunda edición. Los determinantes sociales de la salud. *La Oficina Regional de La OMS Para Europa, 2ª edicion*, 20. Recuperat de www.euro.who.int

Ortiz Gómez, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. *La Salud de Las Mujeres: Hacia La Igualdad de Género En Salud*, 29–42. Recuperat de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/15380/Genero%2520y%2520androcentrismo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ortiz Gómez, T. (2004). Interacciones entre salud, historia y feminismo: una revisión historiográfica. *Diálogo Filosófico*, 59(59), 229–244.

Richmond, M. E. (2005). *Diagnóstico social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales : Siglo XXI de España.

Rodríguez, A. M. (2018). Sistema de protecció social en la maternidad y la paternidad: La intervención social del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85(Tercer cuatrimestre), 7–26. Recuperat de <https://doi.org/10.12960/tsh.2018.0013>

Rodríguez, M. N. (2018). *Investigación sobre la violencia obstétrica como forma de violencia hacia las mujeres , y actuación desde el Trabajo Social* [Universidad de La Laguna]. Recuperat de [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9739/Investigacion sobre la violencia obstetrica como forma de violencia hacia las mujeres%2C y actuacion desde el Trabajo Social..pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9739/Investigacion%20sobre%20la%20violencia%20obstetrica%20como%20forma%20de%20violencia%20hacia%20las%20mujeres%2C%20y%20actuacion%20desde%20el%20trabajo%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Rodríguez Pacios, A. (2010). Desigualdades de género: en la salud y en la enfermedad. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, 5, 1–18. Recuperat de <https://doi.org/10.18002/cg.v0i5.3778>

Sadler, M. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, (47), 47–55. Recuperat de <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Salas, M. S. (2018). Gender stereotypes hidden in the learning of medical students: a necessary analysis. *Edumecentro*, 10(4), 20–36. Recuperat de <http://www.revedumecentro.sld.cu>

Sánchez, M. (2015). *Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados* [Universidad Computense de Madrid]. Recuperat de <https://eprints.ucm.es/36980/1/T37009.pdf>

Sánchez, M. Á. (2012). *Bioética en Ciencias de la Salud*. Elsevier Masson.

Sánchez, M. del P. (2013). *La salud de las mujeres : análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis.

Sánchez, T. (2018). Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 179–192. Recuperat de <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.20027>

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Jorge Robert, A. (2014). Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 987–992. Recuperat de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)

Souza, K. J. de, Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saude Publica*, 51(69). Recuperat de <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>

Tasa-Vinyals, E., Mora, M., & Raich, R. M. (2015). Sesgos de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA.*, (113), 14–25. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>

Terán, P., Castellanos, C., Blanco, M. G., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 171–180. Recuperat de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art04.pdf>

The National Association of Perinatal Social Worker. (2016). What is a Perinatal Social Worker. Recuperat de <https://www.napsw.org/what-is-a-perinatal-social-worker>.

Varela, N. (2010). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

Velazquez Abreu, M. C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud . *Ene. Revista de Enfermería*, 3(2), 70–79. Recuperat de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/146/129>

5.2. Legislació, protocols, codis deontològics i altres documents

Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya. (2000). Codi Deontològic. Recuperat de https://www.tscat.cat/sites/default/files/TSCAT_codi_deontologic.pdf

Generalitat de Catalunya (2009). Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (Document marc). Recuperat de https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/abordatge.pdf

Generalitat de Catalunya (2010). Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (Dossier 1. Document operatiu d'embaràs). Recuperat de https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxius/abord_embaras.pdf

Generalitat de Catalunya. (2020). Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Recuperat de http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspacat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf

Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. BOE 131 § 25174 a 25194 (2008).

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE 281§ 33987 a 34058 (1995).

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 § 40126 a 40132 (2002).

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, BOE 313 § 42166 a 42197 (2004).

Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, BOE 1324 § 24074 a 24087 (1990).

Ley N° 38.668. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. La asamblea nacional de la república bolivariana de Venezuela, Caracas, 23 d' abril del 2007.

Ley General de Salud, Mexico, 7 de febrer de 1984.

Ley 26.485, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 1 de abril del 2009.

Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperat de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización de la salud. *Medicina*, 30(617), 175–178.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS*. Recuperat de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. In *Human Reproduction programme*. Recuperat de <https://doi.org/10.1080/13528165.2001.10871770>

5.3. Entrevistes

Treballadora social 1 entrevistada el 7 de maig del 2020 (T.S.1).

Treballadora social 2 entrevistada l'11 de maig del 2020 (T.S.2).

Treballadora social 3 entrevistada l'11 de maig del 2020 (T.S.3).

6. Annexes

ANNEX 1: Taula 1. Tipologia del maltractament a les dones durant el part.

Temes de tercer ordre	Temes de segon ordre	Temes de primer ordre
Maltracte físic	Ús de la força física	Se'ls dóna cops, bufetades, cops de peu o pessics a les dones durant el part.
	Immobilització física	Les dones són lligades al llit o emmordassades
Abús sexual	Abús sexual	Abús sexual o violació.
Maltracte verbal	Llenguatge dur	Llenguatge dur o groller.
		Judicis o comentaris acusatoris .
	Amenaça i culpabilització	Amenaces de retenció en el centre
		Culpabilització pels mals resultats
Estigmatització i discriminació	Discriminació basada en característiques sociodemogràfiques	Discriminació basada en l'ètnia, la raça, la religió, l'edat, la situació socioeconòmica
	Discriminació basada en les condicions de salut	Discriminació per VIH
Incompliment dels estàndards professionals de cura	Falta de consentiment informat i confidencialitat	Manca d'un procés de consentiment informat
		Incompliments de confidencialitat
	Exàmens i procediments	Exàmens vaginals dolorosos

	físics	Negació de l'administració de medicaments per alleugerar el dolor
		Pràctica d'intervencions quirúrgiques no consentides
	Negligència i abandonament	Negligències, abandonament o llargues esperes
		Professional sanitari expert absent en el moment del part
Relació deficient entre les dones i els sanitaris	Comunicació ineficaç	Escassa comunicació
		Desconsideració de les preocupacions o interessos de les dones
		Problemes de llenguatge i interpretació
		Actituds deficientes del personal
	Falta d'atenció de suport	Falta d'atenció i de suport per part dels treballadors sanitaris
		Denegació o falta de companys durant el part
	Pèrdua d'autonomia	Les dones són tractades com a participants passives durant el part
		Denegació d'aliments, líquids o mobilitat
		Falta de respecte per les posicions de part preferides de les dones
		Denegació de pràctiques tradicionals segures

		Cosificació de la dona
		Reclusió en les instal·lacions
Condicions del sistema sanitari i restriccions	Manca de recursos	Condicció física de les instal·lacions
		Factors limitants de la actuació dels professionals
		Falta de personal
		Limitacions de subministraments
		Manca de privacitat
	Manca de polítiques	Manca de reparació d'errors
	Cultura assistencial	Suborn i extorsió
		Estructures de quotes poc clares
		Peticions irracionals per part dels sanitaris

Font. "Tipologia del maltractament a les dones en el part". Extret de Bohren, Vogel, Hunter, Lutsiv, Makh, Souza, et al. (2015:7).

ANNEX 2: Taula 2. Àrees i funcions de la treballadora social.

Àrees	Funcions de la treballadora social
Atenció directa	<ul style="list-style-type: none"> ● Informar, assessorar i orientar l'individu i la família sobre els recursos existents i la seva correcta utilització. ● Atenció en consulta a demanda de la població prioritzant famílies en risc. ● Realitzar gestions, informes socials i visites a organismes. ● Informar sobre drets i deures; sobre serveis de centre de salut; també sobre recursos socials. ● El treballador social és el gestor de casos amb problemàtica

	<p>social.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altres funcions relacionades amb l'especialització del cas: infància, salut mental, dependència, etc.
Suport Social	<ul style="list-style-type: none"> • S'han de promoure xarxes de suport tant formal com informal, sobretot per a les persones dependents. • El coneixement dels recursos associatius i les seves activitats també s'associa a aquesta àrea. • El professional ha de participar activament en la gènesi d'activitats grupals, donar suport a la generació de grups, promoció del voluntariat i la creació de grup d'ajuda.
Promoció de la salut i la participació comunitària	<ul style="list-style-type: none"> • El treballador social ha de coordinar-se amb altres institucions, associacions i líders de la comunitat per tal d'impulsar accions per a la promoció de la salut mitjançant l'educació per a la salut. • És responsable d'estudiar la socioestructura de la comunitat, les seves condicions socioeconòmiques i culturals, d'identificar la dinàmica social i detectar situacions de mancances i els factors de risc. • Conèixer els recursos associatius i / o conèixer totes les organitzacions. • Participar en la generació de grups de pacients, donar suport als grups ja existents i les activitats de promoció de la salut.
La investigació i docència	<ul style="list-style-type: none"> • Es realitzaran investigacions encaminades a l'adaptació i desenvolupament dels mètodes i tècniques de treball social dins de la Zona de Salut. • Estudiar les condicions socioeconòmiques i culturals de la zona i difondre els resultats de la investigació a la resta de l'Equip. • Participar en els projectes d'investigació que l'Equip d'Atenció Primària desenvolupa segons les necessitats i recursos de la zona.
Altres rols	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar determinades habilitats dins de la mateixa

	<p>organització: treballar, comunicar-se i realitzar interconsultes amb altres membres de l'equip sanitari.</p> <ul style="list-style-type: none">● Derivar al metge de família les patologies detectades en la seva pròpia consulta.● Informar sobre els recursos socials i sobre el grau de satisfacció dels usuaris.● Proporcionar formació a l'equip sobre el treball social i col·laborar en la formació de professionals sanitaris de pre i postgrau.● Coordinar-se amb altres serveis i departaments del sistema sanitari i a establir vies o protocols de coordinació amb els treballadors socials d'altres nivells assistencials.
--	---

Font. "Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional". Extret de Abreu i Mahtani (2018:360-365).

